1893

Ueber

ektopische Gravidität.

Inaugural-Dissertation

zur Erlangung des Grades eines

Doctors der Medicin

verfasst und mit Bewilligung

Einer Hochverordneten medicinischen Facultät

der Kaiserlichen Universität zu Jurjew

zur öffentlichen Vertheidigung bestimmt

von

Otto von Schrenck.

Ordentliche Opponenten:

Dr. med. G. v. Knorre. — Doc. Dr. L. Kessler. — Prof. Dr. W. Koch.

Jurjew.

Druck von C. Mattiesen.

1893.

Печатано съ разрѣшенія Медицинскаго факультета Императорскаго Юрьевскаго Университета.

Референтъ: Профессоръ Дръ. О. Кюстнеръ.

Юрьевъ, 5 мая 1893 г.

№ 398. Деканъ: Драгендорфъ.

Meinen Eltern.

Digitized by the Internet Archive
in 2026

https://archive.org/details/IA40154018_0011

Das Thema zu vorliegender Arbeit verdanke ich Herrn Prof. Dr. Küstner, ihm sage ich hiermit für die freundliche Hülfe bei derselben und für die Erlaubniss die Bibliothek der Frauenklinik zu benutzen, sowie für alle Belehrung die ich während meiner Studienzeit von ihm genossen habe meinen aufrichtigen Dank.

Auch Herrn Dr. von Knorre möchte ich an dieser Stelle herzlich danken für die Liebenswürdigkeit, mit der er mir bei vielen Gelegenheiten mit seinem Rath und seinen Kenntnissen hülfreich zur Seite gestanden hat.

Unter ektopischer Gravidität versteht man eine Schwangerschaft am unrechten Ort, d. h. eine Implantation und Entwickelung des Eies entweder ausserhalb des Uterus, oder in einem rudimentaer entwickelten Horn desselben.

Es ist schon viel über ektopische Gravidität geschrieben worden und besonders in der Litteratur der letzten Jahre findet man eine grosse Fülle beobachteter Fälle zum Theil ausführlich, zum Theil nur ganz kurz mitgetheilt. Indessen stellt sich demjenigen, der die Methoden bisheriger Verarbeitung dieses Gebietes mustert, neben anderen, auch besonders folgender Mangel heraus: Die Bearbeitung hat fast immer nur einzelne Fälle, oder kleinere Zusammenstellungen von Fällen nach diesem oder jenem Gesichtspunkt hin im Auge gehabt, während man eine umfassende systematische Zusammenstellung fast vollständig vermisst. Es ist auffallend, wie wenig grössere Statistiken die ektopische Gravidität betreffend, wie z. B. die von Zmigrodski [1]) und Schauta [2]), Professor in Prag, existiren, und doch erscheint die

---

1) Beiträge zur Lehre von der Extrauterinschw. Petersb. 1886 (Ref. Centralbl. f. Gynaek. 1886, p. 146).

2) Refer. Centralbl. f. Gynaek. 1892 pag. 771,

Statistik, bei Voraussetzung, dass die einzelnen Fälle zuverlässig und genau beobachtet sind, als ein wichtiges Mittel Klarheit über die vielen unbeantworteten, oder verschieden beantworteten Fragen auf diesem Gebiete zu bringen.

Sowohl in der Anatomie, als auch in der Aetiologie, der Diagnose, dem Verlauf und vor allem in der Therapie der ektopischen Gravidität treten uns solche Fragen entgegen. Giebt es z. B. eine Abdominalschwangerschaft st ein vielumstrittener Punkt, auch das Vorkommen der Ovarialgravidität wird von einigen Gynaekologen bezweifelt. In der Beurtheilung der Aetiologie ist man meist nur auf Hypothesen und Wahrscheinlichkeiten angewiesen und wird es, wie viele Autoren es aussprechen, auch bleiben, so lange man die physiologischen Befruchtungsvorgänge nicht besser kennt. Bei Stellung der Diagnose, hält der eine Autor dieses, der andere jenes Symptom für sicherer, oder gar für pathognostisch; es ist unsicher, ob der Deciduaabgang den Tod des Foetus beweist, ob eine Sondenuntersuchung, oder gar ein Curettement berechtigt, oder wenigstens erlaubt ist, und manches andere mehr. Besonders viele Gegensätze treten uns aber in den Ansichten, welche die Therapie betreffen, entgegen. Hier ringen Elektricität, Morphiuminjektion und Laparotomie um den Vorzug und von manchen Autoren wird noch Punktion oder exspectative Behandlung empfohlen, und damit nicht genug, denn bei der Laparotomie finden wir wieder verschiedene Verfahren den Fruchtsack zu behandeln und verschiedene Ansichten über den richtigen Zeitpunkt zur Ausführung derselben; auch spielt neben der Laparotomie die Elytrotomie eine Rolle und wird von einigen Gynaekologen in bestimmten Fällen bevor-

zugt. In andern Punkten sind die Meinungen weniger auseinandergehend, z. B. darüber, in welchem Monat die Ruptur des Fruchtsackes am häufigsten stattfindet, oder die Decidua ausgestossen wird, aber auch in diesen Fragen kann eine Bekräftigung dieser oder jener Angabe durch eine Statistik nur nützen. — Natürlich darf und kann ich nicht behaupten, dass diese und viele andere noch nicht abgeschlossene Fragen, die in meiner Arbeit Erwähnung finden, in derselben beantwortet werden, das kann durch eine Statistik überhaupt nicht geschehen, nur ein Beitrag zur Klarlegung derselben will die Arbeit sein; das ist der erste Zweck derselben. Ein anderer Zweck ist der die 7 auf der Frauenklinik der Universität Dorpat von Professor Dr. Küstner in den letzten 5 Jahren operirten Fälle von ektopischer Gravidität zu veröffentlichen und damit, wenigstens zum Theil, da 5 von ihnen bereits veröffentlicht worden sind, neues Material zum Studium der Lehre von der ektopischen Gravidität zu liefern. Da die Therapie der letzteren am meissten verschiedenartige Ansichten und Meinungen darbietet, so erscheint es gerechtfertigt, wenn der Schwerpunkt in dieser Schrift auf sie gelegt wird. Deshalb habe ich die einzelnen Fälle nach diesem Gesichtspunkt geordnet.

Bei der Wahl der aufzunehmenden Fälle habe ich mich beschränkt auf die Sammlung der in den Jahren 1888—1892 in der mir zugänglichen Litteratur veröffentlichen Fälle, einmal deshalb, weil mir die Anzahl derselben schon gross genug erschien und zweitens und hauptsächlich aus dem Grunde, weil erst aus den letzten Jahren eine gründlichere und zuverlässigere Untersuchung und Wiedergabe der vorgekommenen Fälle vorliegt, des-

halb dürfte den neueren Statistiken auch eine grössere Bedeutung zugeschrieben werden können. — Leider habe ich mich vielfach mit Referaten begnügen müssen, da mir die Originale nicht zugänglich waren, und daher legen auch viele Fälle nur für diesen oder jenen fraglichen Punkt in der Lehre der ektopischen Gravidität ein Zeugniss ab und es schmilzt daher die Statistik, die auf den ersten Blick sehr gross erscheint, bei Behandlung der einzelnen Fragen und Punkte vielfach stark zusammen.

Ich komme jetzt zur Wiedergabe der aus der Litteratur gesammelten Fälle:

Ohne eine direkt die ektopische Gravidität betreffende Therapie verliefen mit einem glücklichen Ausgang und Resorption des Schwangerschaftsproduktes folgende Fälle:

1) Söderbaum. *Eira 1880 Nr. 20 p. 635*[1]). Pat. 42 a. n. Letzte Regel 6 Wochen vor Weihnachten 1886. Am Weihnachtstage Zeichen von Berstung des Fruchtsackes, darauf Symptome einer Peritonitis. Unter steten Schmerzen wuchs der Fruchtsack bis Ende Mai. Darauf nahmen die Schmerzen ab, der Fruchtsack verkleinerte sich, so dass derselbe nicht mehr zu fühlen war bei der Entlassung.

2) Wyder. *Arch. für Gyn. Bd. XLI Heft 1 u. 2*[2]). Pat. 35 a. n. hat vor 8 Jahren ein Mal geboren. Der Mann hatte kurz vor Verheirathung eine Gonnorrhoe acquirirt. Im Wochenbett Perimetritis und Perioophoritis. Letzte Menstruation Anfang Febr. 90. Am 15. März keine objectiven und subjectiven Schwangerschaftszeichen. In der nächsten Zeit Schmerzen, besonders links. Uterus etwas vergrössert. 30. März heftige, krampfartige Schmerzen plötzlich, abwechselnd im Epigastrium und Hypogastrium, sonst keine Symptome innerer Blutung. Am Abend alle 10 Min. Schmerzen von etwa 1—2 Min. Dauer. Therapie: Eis, Narcotica. Schmerzen

1) Ref. Jahresb. von Frommel 1888 p. 102.
2) Ref. Centralblatt f. Gyn. 1892 p. 62.

nehmen zu. 31. März Erscheinungen von Collaps und Anämie. Puls klein frequent. Status: 31. März. Uterus vergrössert, vor ihm durch das vordere Scheidengewölbe eine fluktuirende Geschwulst zu fühlen. Adnexe nicht zu tasten. Diagn.: Innere Blutung nach Berstung eines extrauterinen Fruchtsackes. Gravid. tubar. sinistra. Therapie: Vorbereitung zur Laparotomie, unterdessen Tieflagerung des Kopfes, Eiscognac, Narcotica, wobei Kranke sich so erholt, dass fürs erste nichts gemacht wird. 11. Apr. Ausstossung der Decidua. Am 31. Juli wird Pat. entlassen mit einer Hämatocele, die bis ein Fingerbreit unter die Nabellinie reicht. Keine Schmerzen. Allgemeinbefinden gut. Zu Hause weitere Pflege und Schrumpfung der Hämatocele.

3) Derselbe. ibidem[1]). Pat. 30 a. n. Früher stets gesund, hat 3 Mal geb., zuletzt vor 3 Jahren normal. Letzte Menstruation Oktober 89. 19. Dec. plötzlich Blutung aus den Genetalien und stechende Schmerzen in der linken Unterleibsgegend auffallsweise (wehenartig). Sie liessen nach, kamen wieder, dabei Ohnmachtsanwandlungen. 24. Dec. Ausstossung einer Decidua. Status: 25. Dec. Sehr anämisch, Schwangerschaftszeichen. Uterus vergrössert, nach rechts abgewichen, hinteres Scheidengewölbe vorgebuchtet durch eine Resistenz im Douglasschen Raum, obere Grenze der Geschwulst nicht nachzuweisen. 27. Dec. Zeichen neuer nicht starker Blutung. Puls 100. Allmähliche Besserung. Am 27. Jan. Tumor viel kleiner nicht schmerzhaft. Die Kranke tritt aus.

4) Ortega. *Nouv. Arch. d'Obst. 91. No. 4 et 5*[2]). Pat. 34 a. n. hat vor 5 Jahren nach der Geburt Endo- und Parametritis durchgemacht. 18. Juni letzte Regel. Nach 2 Wochen starke Schmerzen. Im Aug. treten Schwangerschaftszeichen auf. Rechts vom Uterus eine Geschwulst fühlbar. Diagn.: Extrautgrav. 27. Aug. Collaps. Die Schwangerschaftszeichen schwinden. Am 1. Okt. tritt die Regel wieder auf, am 28. Okt. ist nur noch eine Resistenz zu fühlen. Decidua war abgegangen.

6) Engström. *Zeitschr. f. Geb. u. Gyn. Bd. 24 Hft. 2*[3]). Pat. 23 a. n. Regel fing vor 2 Jahren an mit starken Schmerzen verbunden zu sein, Fluor albus seit einigen Jahren. Seit einigen Monaten Schmerzen im

1) Ref. ibidem.
2) Ref. Journ. f. Geb. und Fr. 91 p. 943.
3) Ref. Centralblatt f. Gyn. 92 p. 990.

Unterleib. Links und hinter dem Uterus eine undeutlich begrenzte Resistenz. Uterus wenig vergrössert. 1. Mai Curettement, worauf der Uterus normal gross wurde und das Secret rein schleimig. Im Aug. 90 heirathete sie. 3. Jan. plötzliche Ohnmacht, nachher starke Schmerzen im Abdomen, darauf allmähliche Erholung bis am 20. Jan. starke Blutung aus den Genetalien begann und am 22. ein grosses Stück Decidua abging. Resistenz hühnereigross, rechte Tube gesund. Diagn.: Geplatzte linke Tubargravidität. Genesung. Später wegen Schmerzen werden die linken Adnexe durch Laparot. entfernt. Auf der kranken Seite war Entzündung des Beckenperitoneums mit Bildung von Pseudomembranen um das Ovarium nachzuweisen. Uteruscatarrh bestand.

6) Braun. *Geb.-gyn. Ges. in Wien Sitzg. 17. Febr. 91*[1]). Letzte Menstruation 25. Aug. 1890. Im Sept. subjektive Schwangerschaftserscheinungen. Am 1. Okt. angeblich Abortus, nachher bis 7. Nov. konstante Blutungen. Im Douglas eine hühnereigrosse, empfindliche Geschwulst palpirbar. Die Operation wird von der Pat. verschoben. Nach 14 Tagen Tumor grösser. Am 1. Dec. im Douglas keine Empfindlichkeit mehr und nur haselnussgrosse Resistenz. Nach Meinung des Verfassers handelt es sich um Gravid tubo-abdominalis. Berstung des Sackes und Resorption eines Haematoms im Douglas.

7) Fränkel. *Berl. Klinik 1889 Nr. 17*[2]). Berstung des Fruchtsackes, Absterben des Foetus und Bluterguss in die Bauchhöhle. Derselbe wurde durch reactive Entzündung abgekapselt und völlig resorbirt. Ausgang: Genesung.

8) Derselbe. Ibidem[3]). Ruptur des Fruchtsackes Haematocelenbildung, Heilung.

9) Abel. *Arch. f. Gyn. Bd. XXXIX Hft. 3*[4]). Decidua allein ausgestossen. Genesung ohne Operation. Schwangerschaftszeit 10—11. Woche.

10) Werzinski. *Wratsch 1892 p. 116.* Pat. 27 a. n. Aufgenommen 19. Febr. 91. Menstruation früher immer regelmässig. Hat 3 Mal geb., zuletzt d. 21./IV. 90. Nach der letzten Geburt wurden die Regeln etwas schmerzhaft. Letzte

1) Ref. Centralbl. f. Gyn. 1892 p. 194.
2) Jahresb. von Frommel 1889 pag. 113.
3) Ref. ibidem
4) Ref. Centralbl. f. Gyn. 1891 pag. 390.

Regel 5. Sept. 91. Am 20. Okt. plötzlich ohne Ursache Blutung mit Wehen und Abgang von Gerinnsel, dieselbe hielt an bis zum 8. Novemb. Schmerzen blieben. 14. Nov. schwach, kleiner Puls, empfindliches Abdomen, sonst Schwangerschaftszeichen, Uterus vergrössert, aber nicht dem 2. Monat entsprechend und nach links verlagert, rechts von ihm eine hühnereigrosse Geschwulst von ungleicher Consistenz. Diagn.: Wahrscheinlich Tubarschwangersch., welche sicherer wird als nach einigen Tagen eine starke Blutung eintrat und der Tumor sich vergrösserte. Lebedeff sprach sich für eine entzündliche Entstehung der Geschwulst aus. Allmählich verkleinerte sich die Geschwulst und am 12. Dec. trat Pat. gesund aus. Dr. Ott und Samschin sprachen sich für eine Extrauteringravid. aus.

11) Torggler. *Bericht über d. geburtsh. Klin. zu Innsbruck 81—87. Prag 88*[1]). Spontanheilung.

12) Sternberg. *Wiener med. Presse. 92. Nr. 1*[2]). Rechtsseitige Tubargravidität mit Ruptur im 2. Monat. Diagnose gestellt. Therapie: Wegen Collaps von der Operation Abstand genommen und konservative Behandlung. Heilung.

13) Fratkin. *Chirurg. Westnik. Juni 92*[3]). Pat. 27 a. n. Menstruation früher normal, hat 5 Mal geboren normal, zuletzt vor 3 Jahren. Letzte Menstruation im März. 1. Mai Schmerzen im Leib, am Abend mehrere Ohnmachtsanfälle. Status: 1. Mai. Zeichen innerer Blutung. Resistenz der Adnexe haupsächlich links. Uterus vergrössert. Diagn.: Extrauteringrav. der linken Tube. Therapie: Eis, Champagner, Campher, Opium. Zustand verschlimmert sich, 5. Mai Abgang einer Decidua. 34 Tage nach Eintritt Entlassung. Verkleinerung der Geschwulst. Allgemeinbefinden gut.

Ohne eine direkt die ektopische Graviditätbetreffende Therapie, verliefen mit Durchbruch per Rectum und glücklichem Ausgang:

14) Leslie Dewees. *Med. news 1890. 4. Okt. p. 330*[4]). Multipara. Regel ausgeblieben. Entwickelung einer Geschwulst in rechter Bauchseite mit Schmerzen. Eiteransamm-

1) Ref. Jahresb. v. Frommel 88. p. 102.
2) Ref. Centralbl. f. Gyn. 1392 p. 295.
3) Ref. Journ. f. Geb. u. Fr. 1892 p. 1239.
4) Ref. Centralbl. f. Hyn. 1891 p. 375.

lung in den Mastdarm durchgebrochen, wobei sich Foetusknochen entleerten. Später noch Durchbruch in die Scheide rechts von der Cervix und Entleerung grosser Knochen. Ausgang: Genesung mit Hinterlassung starker Narben.

15) Antoriello. *Wiener klin. Wochenschr. 1889 Nr. 7*[1]). Pat. 30 a. n. hat 8 Mal normal geb. Letzte Geburt vor 4 Jahren. Seit Juni 87 sind die Menses ausgeblieben und seitdem verspürt Pat. einen Druck am Perinaeum, wie von einem Fremdkörper. Mitte August plötzlich Schmerzen im Abdomen, seitdem Zunahme des Unterleibes. Im Oktober die ersten Kindsbewegungen. Am 25. Dec. Hämorrhagie, welche 15 Tage dauert, seitdem keine Fruchtbewegungen mehr. Im Januar wieder Genitalblutungen, weshalb Pat. 2 Monat im Bett bleibt. Am 4. April, nachdem Fieber und Schüttelfrost 2 Tage vorher bestanden hatten, Entleerung fötider Massen per Rectum. Ein Foetus (28 cm. lang, 280 gr. schwer) wurde per anum extrahirt. Grosse Perforation in der vorderen Mastdarmwand. Ausgang Genesung.

16) Morisani. *Congress der italien. Ges. für Geb. und Gyn.*[1]). Nach eingetretener Ruptur des Fruchtsackes und Entleerung desselben in die Bauchhöhle, traten Symptome von Durchbruch in das Rectum ein und M. entwickelte durch den Anus einen frisch abgestorbenen Foetus von 5 Mon. ohne Nabelschnur. Placenta kam nicht zum Vorschein.

17) Jerzykowsky. *Nowiny lekarskie Nr. 4*[3]). Pat. 37 a. n. hat 3 Mal geb. zuletzt vor 2 Jahren. Letzte Regel Sept. 87. Dieselbe kehrte nach 7—8 Wochen wieder um bald aufzuhören und ab und zu wiederum zu erscheinen. 1888 kam Pat. zu J. Die Untersuchung zeigte eine, fast die ganze linke Hälfte des Beckens ausfüllende Geschwulst, welche hart und unbeweglich war und bis über das lig. Poupartii ins grosse Becken reichte. Diagn.: Ovarientum. Therapie: Probepunktion, die übelriechenden Eiter zu Tage fördert. Laparotomie wird angeschlossen, jedoch wieder aufgegeben, weil Geschwulst zu sehr verwachsen mit Bauchfell und Eingeweiden. Die nächste Zeit nach der Operation fühlte Pat. sich wohl, nach 3 Wochen traten heftige Sckmerzen im Mastdarm auf. Bei digitaler Untersuchung im Rectum eine weiche fluktuirende Stelle. Bei Eröffnung entleerte sich eine grosse

1) Ref. Centralbl. f. Gyn. 1891 p. 74.
2) Ref. Münch. med. Wochenschr. 1888 p. 732.
3) Jahresb. von Frommel 1889 p. 113 u. Deutsche med. Woch. 1889 p. 993.

Menge Eiters und ein 4 monatlicher Foetus. Vollkommene Genesung.

18) Mersch. *Geb.-gyn. Ges. in Petersb. Sitzg. 24. Nov. 88*[1]). Pat. 42 a. n. hat 1 Mal normal geb. Vor 9 Jahren wurde sie wieder schwanger. Anfang Aug. fühlte sie Kindsbewegungen. Ende Oct. nach einem Fall traten heftige Schmerzen auf, die zeitweise wehenartig waren und 5 Wochen dauerten, in der 6. hörten Kindsbewegungen und Schmerzen auf; Ende Dec. traten die Menses regelmässig auf. Im April 88 traten schneidende Schmerzen mit Hitze und Frost auf. Bei so einem Anfall entleerte sie per anum einen Haufen Knochen. Das wiederholte sich. Im Nov. 88 trat sie ins Krankenhaus ein. Im hinteren Scheidengewölbe ein Haufen Knochen, welche in der Chloroformnarcose extrahirt werden, es sind die Schädelknochen. Aus dem Rectum in den Douglas führt ein Loch. Pat. erholt sich gut.

19) Barsony. *Orvosi Hetilap 1888, Nr. 50, 51 u. 53*[2]). Pat. 27 a. n. II para. Letzte Geburt vor 3 Jahren. Letzte Menstruation vor 9 Monaten. Der Bauch der Pat. war 4—5 Mon. gewachsen, später wurde er flach und seitdem entleerte sich aus der Scheide dickflüssiger, übelriechender Eiter. Seit 2 Mon. Schmerzen im Mastdarm, Tenesmen. Untersuchung: 4 cm. über der Analöffnung eine hühnereigrosse Vorwölbung, in der scharfe spitze Knochen zu fühlen. In mehren Sitzungen wurden viele Knochen von einem 4 monatlichen Foetus entfernt. Ausgang Genesung.

Ohne eine direkt die Extrauteringravid. betreffende Therapie verlief mit Durchbruch durch die Blase und glücklichem Ausgang:

20) Gooding. *The Lancet 1888 Febr. p. 264*[3]). Pat. 49 a. n. leidet an Cystitis und Schmerzen in der rechten Seite und einer Geschwulst von der Grösse einer Cocusnuss, welche den normalen Uterus nach links drängt. Die Diagn. wurde auf Ovarialtumor gestellt. Pat. verschwand und kam nach 1 Jahr und 2 Mon. wieder und brachte eine Tibia und 2 Rippen mit, welche in der letzten Woche ihr aus der Uretra abgegangen waren. Pat. hatte in den letzten Jahren viel an Blasenschmerzen, Fieber und Kräfteschwund gelitten.

1) Ref. Centralbl. f. Gyn. 1889 p. 229.
2) Ref. Centralbl. f. Gyn. 1889 p. 385.
3) Ref. Med. Rundsch. 1889 p. 221.

Die Blase erwies sich gefüllt mit Knochen. Pat. hatte im 20. Jahr 1 Mal geb. Die Menstruation war regelmässig bis zum 39. Jahr, wo sie 5—6 Mon. ausblieb, sonst keine Schwangerschaftszeichen. Darauf traten die Regeln wieder regelmässig auf und verschwanden ganz im 43. Jahr. Aber seit dem 39. Jahr ist sie nicht gesund, häufig Schmerzen auf der rechten Seite und im Kreuz. Therapie: Nachdem die Pat. einen Mon. gekräftigt war, wurde die Operation gemacht: Nach Erweiterung der Uretra zur Einführung des Fingers, wird die Laparotomie gemacht, die Blase geöffnet und die Knochen aus derselben entfernt. Verlauf: Nach 6 Wochen bestand nur noch eine kleine Fistel, welche nach Entfernung von 4 nachgebliebenen Knochen sich schloss. Nach 3 Monaten wurde Pat. geheilt entlassen.

21) Winckel. *Sammlung klin. Vorträge neue Folge Nr. 3.* Pat. 33 a. n. II. p. Vor 6 Jahren war die Regel 1 Mal 7 Monate ausgeblieben. Pat. klagt über Urindrang und Blasenschmerzen, manchmal auch Schmerzen beim Stuhlgang. Zuweilen Fieber. Untersuchung: zwei mannsfaustgrosser Tumor an der vorderen Uteruswand. Uterus nach links hinten verschoben. Die Schmerzhaftigkeit der Blase und das Sondiren führen zur Diagnose: Blasenstein. Therapie: Durch die erweiterte Harnröhre wurde mit der Kornzange eine linke Tibia extrahirt. Darauf wurden noch 120 Knochen aus einer Höhle extrahirt, von denen die zuerst entfernten incrustirt waren, die zuletzt entfernten einen faeculenten Geruch und bräunlichen Ueberzug hatten. Die leere Höhle wurde ausgespült und die dilatirte Harnröhre „vernäht". Später gingen noch kleine Stücke aus der Harnröhre ab, dann völlige Heilung. Anat. Diagn.: Rechtsseitige intraligamentär entwickelte Tubenschwangerschaft.

Ohne eine direkt die Extrauteringravidität betreffende Therapie, verlief mit Durchbruch durch die Bauchdecken und glücklichem Ausgang:

22) Olshausen. *Deutsche med. Wochenschr. 1890 p. 169.* Pat. 34 a. n. aufgenommen den 25. Aug. 1881, hat vor 12 und 10 Jahren geb. Vor 9 Jahren wieder schwanger. 5. Okt. 72 blieb die Regel aus. Kindsbewegungen zur normalen Zeit. Rechtzeitig Wehen, nachdem ein paar Tage vorher Blutung und Abgang eines kleinhandgrossen Stückes Fleisch stattfand. Darauf hörten die Kindsbewegungen auf und

nach einem halben Jahr traten Menses wieder ein. Nach 4 Jahren wurde sie nach einem Fall plötzlich viel stärker am Leibe. Eine röthliche, nicht stinkende Flüssigkeit wird durch die Punktion entfernt und Pat. liegt $^1/_2$ Jahr krank. 5 Mon. vor Eintritt wird Pat. wieder krank. Es besteht eine Abscessöffnung im Nabel, durch welche alle Knochen eines Skelettes extrahirt werden. Die Verjauchung kann erst im 9. Jahr nach der Schwangerschaft stattgefunden haben. Schnelle Genesung.

Ohne eine die frische Extrauteringravidität betreffende Therapie, verliefen mit glücklichem Ausgang und Lithopaedionbildung:

23) W. H. Fales. *Boston med. and. journ. 1887 Aug. 17. p. 130*[1]). Pat. hat 1844 geheirathet, 1848 ein gesundes Kind geb. 8 Jahre später wieder schwanger mit regelmässigen Menses. Während dieser Zeit wiederholt Anfälle von Fieber mit Schmerzen im Bauche, Tympanites, Uebelkeit, Erbrechen. Wehen nicht gehabt. Verlauf: Erst heftige Kindsbewegungen. Während der nächsten 10 Jahre leidet Pat. an Schmerzen im Unterleibe und Ikterus. Später gesund. Der Tumor wird kleiner, verursacht keine Beschwerden. Am 24. Dec. 1886 Tod der Frau. Section: Tumor ausserhalb des Beckens enthält einen Foetus. Eine Masse Adhaesionen um die Geschwulst, keine Placenta. Nach Meinung des Verfassers Tubenschwangersch. Ruptur und secundäre Abdominalgravid.

24) Schotte. *Münch. klin. Wochenschr. 1890 p. 471*[2]). Pat. hat 3 Mal geb. Im zweiten Wochenbett Puerperalfieber. Ein Jahr nach der letzten Geb. soll sie nochmals schwanger geworden und vom Arzte die Diagnose Extrauteringrav. gestellt worden sein. Am Geburtstermin wurde aus dem Uterus ein Klumpen Fleisch ausgestossen, worauf der Leib kleiner wurde. Die Frau erholte sich, wurde regelmässig menstruirt und war so wohl, dass der Druck durch die Geschwulst im Leibe nicht beachtet wurde. Sie wurde nicht mehr schwanger, und starb mit 70 Jahren. Section: Rechts von Uterus ein mannskopfgrosser Tumor mit wohl konservirtem reifem Foetus. Die Organe desselben waren gut erhalten, deutlich zu unterscheiden, Haut und Muskulatur zeigten normale Struk-

1) Ref. Centralbl. f. Gyn. 1888 p. 256.
2) Ref. Jahresb. v. Frommel 1890 p. 113.

tur, Gehirn nicht mehr normal. In den Eihäuten lamellöse Ablagerung von Kalksalzen. Anat. Diagn.: Rechtsseitige Ovarial- od. primaere Abdominalschw., weil rechte Tube intakt, rechtes Ovarium dagegen nicht gefunden. Foetus fast reif, Alter desselben 34 Jahre.

25) Mersch. *Geb. gyn. Ges. zu Petersb. 12. März 92*[1]). Geplatzte Tubarschwangersch. Frucht gelangte in die Bauchhöhle. Das Skelett ist nach, die Weichtheile sind resorbirt. In der Anamnese fehlen jegliche Angaben über eine schwere Krankheit. Präparat einer an Phthisis verstorbenen entnommen.

26) Campell. *Lancet 89 Dec. 21*[2]). Pat. 42 a. n. III para. Zur richtigen Zeit setzten Wehen ein, aber verschwanden, trotz sicher bestehender Schwangerschaft. Nach 1 Woche stand Pat. auf, war die nächsten 3 Jahre leidend. 16 Jahre nach dem „Misset labour" starb Pat. an Darmverschluss. Section: Einschnürung einer Dünndarmschlinge durch ein vom Netz gebildetes Band. Central im Becken fand sich eine steinharte, kindskopfgrosse, frei nach allen Richtungen bewegliche Masse, die durchsägt beinahe alle Knochen 1 Kindes von einer Kalkkapsel umschlossen zeigte.

27) Rein. *Geb. gyn. Ges. in Kiew 11. Mai 1890*[3]). Pat. 32 a. n., hat vor 8 Jahren geb. und danach eine Puerperalerkrankung durchgemacht. Die jetzige Schwangerschaft hat vor 7 Jahren begonnen. Collaps in der 34.—35. Woche, dann eine schwere Erkrankung bis zum normalen Ende der Schwangerschaft. Seitdem 5 Mon. lang dauernde Mennorrhagie. Jetzt ziemlich gesund, aber chronische Bauchfellentzündung. Diagn.: Extrauteringravid. Lithopaedionbildung. Therapie: Secundäre Laparotomie 23. Febr. 91, ungefähr 7 Jahr und $1^1/_2$ Mon. nach Beginn der Schwangersch. Glatte Genesung. Anat. Diagn.: Primaere Abdominalschw., die Reste der Placenta inseriren am Fundus Uteri, Ovarien und Tuben normal.

28) Martin. *Ges. f. Gyn. u. Geb. zu Berl. Sitzg. 27. Nov. 91*[4]). Pat. 53 a. n. vor 19 Jahren ist Diagn. auf Extrauteringravid. gestellt worden. Unter erheblichen Beschwerden und reichlichem Abgang von Eiter durch d. Mastdarm hat Pat. sich allmählich erholt. Nachdem die Cessation

1) Ref. Centralbl. f. Gyn. 91 p. 869.
2) Ref. Centralbl. f. Gyn. 91 p. 767.
3) Ref. Wratsch 1890 p. 567 u. Centralbl. f. Gyn. 1892 p. 969.
4) Ref. Centralbl. f. Gyn. 1892 p. 16 u. Journ f. Geb. u. Fr. 1892 p. 400.

vor etwa 5 Jahren erfolgte, haben sich unregelmässige Blutungen eingestellt. Carcinoma colli wurde festgestellt. Therapie: 30. Juli Laparatomie, macerirte Frucht mit Hülle entfernt und Uterus mit rechtem Ovarium exstirpirt. Genesung. Anat. Diagn.: Ovarialschwang. im linken Eierstock.

29) Tuppert. *Münch. med. Woch. 1889 Nr. 1*[1]). Pat. 34 a. n. hat 2 Mal geb., zuletzt vor 10 Jahren. Letzte Menstruation im März 85. Ende Juli 85 konnte T. die Diagn. Extrauteringrav. (Abdominalschw.) stellen. 8 Tage später Kindsbewegungen, welche im Sept. sistiren nach heftigen Wehen und Schüttelfrösten. Frucht also in der Mitte des 7. Mon. abgestorben. Frau erholt sich, verspürt wenig Beschwerden. Ende Nov. 87 Ausbleiben der Regel und 7. Aug. 88 Geb. eines gut entwickelten Kindes 2 Wochen vor dem Termin. Keine Veränderung des Lithopaedions.

30) Iwanow. *Journ. f. Geb. u. Fr. 92 p. 137.* Regeln früher normal, hat 2 Mal geb. Vor 23 Jahren wieder schwanger. Ende des 4. Mon. plötzlich starker Schmerz und Ohnmacht, nach 2 Stunden wieder Ohnmacht. Darauf 6 Mon. im Hospital, wo sie Kindsbewegungen fühlte, welche zum Geburtstermin aufhörten, dann ging eine Haut (Decidua) ab. Nach 2 Monaten traten die Regel wieder auf, das Befinden war immer etwas gestört und in den letzten Jahren öfters starke Schmerzen. Status: 51 a. n. Im Leibe eine höckrige Geschwulst bis 3 Fingerbreit unter den Proc. xyphoid. Diagn.: Lithopaedion. Therapie: Laparotomie am 4. Febr. und Extraction des Lithopaedion. Ausgang: 5. Febr. Tod in Folge septischer Peritonitis. Section: Nach Meinung des Verfassers primaere Abdominalgravid., aber linkes Ovarium nicht gefunden.

31) Parkes. *Journ. of the amer. med. assoc. 87 April 2. p. 381*[2]). Uterinblutungen und Tumor leiten auf Diagn. Uterusfibroid, veranlassen Secale, ein Knochenstück wird ausgestossen und Eiterabsonderung. Nachdem der Cervicalcanal durch Tupelostifte zugängig gemacht, findet sich eine Höhle im Uterus, in der Knochen zu fühlen sind. Dieselben werden entfernt, stellen ein Lithopaedion dar. Für instertielle Schwangerschaft spricht die dicht am Uterus liegende Höhle.

32) Oppel. *Münch. med. Wochenschr. 88 p. 3.* Pat. hat 1 Mal geboren. Im Juni 1870 ist die Periode ausgeblie-

1) Ref. Wien. med. Woch. 1889 p. 1023.
2) Ref. Centralbl. f. Gyn. 1888 d. 16.

ben. In der linken Ovarialgegend ein Tumor der allmählich wuchs. Keine Kindstöne u. -theile. Im Anfang 71 trat Periode ein mit Abgang einer Haut unter wehenartigen Schmerzen. Dann nahm der Tumor in den nächsten Jahren ab, jedoch bestanden immer Schmerzen bei der Stuhlentleerung bis zum Jahre 1882, wo sie starb. Section: Das kleine Becken fast ganz verschliessend ein mannskopfgrosser Tumor. Die Frucht mit der linken Seite des Uterus verwachsen.

33) Tarnier. *Journ. de med. et de chir. 89 Sept*[1]). Pat. 66 a. n. schwanger im Jahre 1855, von Lorain für Extrauteringravid. erklärt. Am Ende der Schwangerschaft hörten Kindsbewegungen und Herzschläge auf. Die Pat. erholte sich und wurde wieder menstruirt, nur eine Cyste im Abdomen nachweisbar. Der Tumor bietet ganz genau die Conturen eines 8—9 monatl. Foetus, der jetzt 33 Jahre besteht.

Mit Ausstossung der Frucht durch den Uterus verliefen folgende Fälle:

34) Skutsch. *Korrespondenzblätter d. allgem. ärztl. Vereins von Thüringen 88 Nr. 3*[2]). Pat. 20 a. n. I para. Lässt am Ende der Gravidität die linke Tubenecke als bedeutende Prominenz erkennen. Diagn.: Tubo-uteringravid. Sitz der Placenta in der betreffenden Tubenecke. Nach Abfluss des Fruchtwassers verschwindet die Hervorwölbung, Placenta sitzt an der hinteren Wand.

35) Hennig. *Ges. f. Gyn. zu Leipzig 19. Nov. 1888*[3]). Pat. 22 a. n. hat 5 Mon. zuvor ohne Kunsthülfe geboren. Menstruation blieb aus, aber 4 wöchentliche Schmerzen in der Uterusgegend. In der Gegend des rechten Ovariums eine faustgrosse Geschwulst. Die linke Seite weniger geschwollen und schmerzhaft. Am 30. April wehenartige Schmerzen in der Geschwulst und ein 12 wöchentlicher Embryo kommt zu Tage. 1. Mai Abgang von Chorionfetzen und Decidua. 10 Tage später Uterus normal gross. Diagn.: wahrscheinlich Gravid. tubo-uterina, per uterum geboren.

36) Hay. *Lancet 1886 Jan. 16. III p. 104*[4]). Pat. 24 a. n. I gravida. Schmerzen besonders links im Leibe.

1) Ref. Centralbl. f. Gyn. 1890 p. 454.
2) Ref. Centralbl. f. Gyn. 1889 p. 15.
3) Ref. Centralbl. f. Gyn. 1889 p. 205.
4) Ref. Centralbl. f. Gyn. 1889 p. 206.

Hier befand sich eine faustgrosse Geschwulst. 6 Tage Schmerzen und Abgang eines 4 monatl. Foetus mit Placenta und Eihäuten. $2^1/_2$ Jahre nachher kam die Frau mit einem reifen Knaben nieder, man hatte am Anfang die congruente Geschwulst an der früheren Stelle gefühlt, im 4. Mon. hatte sie sich verzogen. Diagn.: Wahrscheinlich linke Grav. tubo-uterina, weil die Sonde nach der Geburt einen fast virginalen Uterus nachwies.

37) Grün. *Transakt obst. soc. Lond. 86 Nr. 27, 227 u. 306* [1]). Vorigem Fall ganz ähnlich nur Schwangerschaft 1 Mon. länger, Placenta nicht total abgegangen. Foetus 1 Zoll 10 Linien, 4 Wochen vor der Geburt abgestorben. Uterus ohne Decidua, nicht vergrössert. Diagn.: Wahrscheinlich Gravid. tubo-uterina.

38) Grandin. *Amer. Journ. of obst. 90 Dec., 91 Jan.—März, Sitzg. 21. Okt. 90* [2]). Pat. hat 5 Mal geboren. Menses sistiren seit letzter Entbindung. Wiederholt Blutungen und Koliken, ein Mal ging eine Masse, wie eine Membran ab. Untersuchung: Uterus gleichmässig vergrössert, $4^1/_2$ Zoll lang. Curettement, wobei eine Masse Fungositäten entfernt werden. Beim Eingehen mit dem Finger zeigte sich eine aus einer „Höhle“ in der Uteruswand hervorragende Placenta, welche entfernt wurde. In den Blutgerinnseln fand sich ein abgeplatteter theilweise eingetrockneter Foetus etwa $3^1/_2$ Mon. alt. Diagn.: Wahrscheinlich interstitielle Schwangerschaft.

39) Chrobak. *Geb. gyn. Ges. zu Wien. Sitzg. 14. Okt. 90* [3]). Pat. befindet sich in der Mitte der Schwangerschaft. Rechts vom Fruchtsack der stark vergrösserte Uterus. Der Fruchtsack so dünn, dass man die Kindsbewegungen und Kindstheile durchsehen konnte. Ende der Schwangerschaft war von dem als Uterus angesprochenen Tumor nichts mehr wahrzunehmen und die Frucht war im Uterus. Es muss an interstitielle Gravid. mit späterem Hereingelangen des Eies in den Uterus gedacht werden.

40) Lwow. *Med. Rundschau 91 XXXV p. 842* [4]). Pat. 27 a. n. VI p. Die Geburten waren normal, 1 Mal abortirt. Nach der 4. Geburt litt Pat. an Endometritis cer-

1) Ref. Centralbl. f. Gyn. 1889 p. 206.
2) Ref. Centralbl. f. Gyn. 1891 p. 684.
3) Ref. Centralbl. f. Gyn. 1891 p. 600 u. Wien. klin. Woch. Nr. 10—11.
4) Ref. Centralbl. f. Gyn. 1891 p. 1028 u. Wratsch 91 p. 298.

vicis. Vor $^1/_2$ Jahr wurde die letzte Schwangerschaft durch eine Frühgeburt im 7. Mon. unterbrochen. Wochenbett danach krankhaft mit Schmerzen und Fieber. Status: Endometritis cervicis, rechtes Ligament gespannt, rechte Tube verdickt, linkes Ovarium vergrössert. Letzte Regel am 11. Okt. 90. Im Nov. wurde Gravid. konstatirt. Uterus vergrössert. Rechte Tube am Abgange vom Uterus verdickt. Am 18. Jan. 91 plötzlich Blutung und Schmerzen im Unterleibe, jedoch waren letztere nicht stark und Pat. arbeitete fort bis am 3. Febr. dieselben sehr stark wurden. Status am 3. Febr.: Blutungen, wehenartige Schmerzen. Die rechte Bauchgegend von einem prall elastischen Tumor eingenommen. Beim Auftreten der wehenartigen Schmerzen contrahirt sich die Geschwulst. Der äussere Muttermund für ein Finger durchgängig, der Uterus gänseeigross. Rechts, dicht am Fundus, beginnt die Geschwulst, die die ganze rechte Beckenhälfte einnimmt und bis zum Nabel reicht. Es liess sich das rechte Lig. rotundum abtasten und erwies sich die rechte Fundushälfte ums Doppelte grösser als die linke. Diagn.: Rechtsseitige im 4.—5. Monat bestehende Tubo-uterine Gravidit. Therapie: Exspectativ, Tamponade der Scheide gegen Blutungen. Am 13. Febr. werden die Wehen sehr stark und Ausstossung eines Aborts. Foetus entsprach dem 4. Monat. Nachgeburt in toto ausgestossen. Verlauf: Günstig, rechte Tube verkleinert sich, Entlassung am 27. Tage nach der Geburt, die Tube ist gänsefederkieldick. Temperatur nach der Geburt 40°, fiel am nächsten Tage auf die Norm.

41) Schwarz. *Frauenarzt 88 Nr. 4* [1]). Ein Fall von interstitieller Gravidität mit Ausstossung des Eies durch den Uterus.

42) Robinson. *New-York med. journ. 92, Juni 18* [2]). Heftiges Erbrechen, Schlaflosigkeit, Schwäche und beginnende Nephritis indicirten die Einleitung eines Aborts, doch fand man den Uterus leer, 5 Zoll lang. An der rechten Tubenmündung ein kleiner Vorsprung zu fühlen, sonst nur Blutklumpen. Besserung trat nicht ein, bis plötzlich unter starken Wehen ein Foetus geboren wurde, bald darauf ein zweiter, nach Berechnung in der 14. Schwangerschaftswoche. Wiederholte Blutungen schwächten die Frau, deren Zustand eine Laparotomie nicht zu gestatten schien. 2 Placenten wurden aus

1) Ref. Jahresb. v. Frommel 1888 p. 93.
2) Ref. Centralbl. f. Gyn. 1892 p. 992.

dem Uterus entfernt, die Pat. starb an Erschöpfung. Diagn.: Zwillingsextrauteringravid. und Geburt per vias naturales.

43) Axtell. *New-York med. journ. 91, Sept. 12. p. 289*[1]). Mehrere Aborte und 2 normale Geburten gewesen. Blutungen und Vergrösserung der Uterushöhle (10 Ctm.). Diagn.: Endometritis. Therapie: Curettement. Hierbei werden aus der Gegend des rechten Hornes grössere Schleimhautfetzen herausbefördert, aber die ganze Höhle erscheint leer. An den 2 folgenden Tagen nichts besonderes, am 3. Tage unter starken, schmerzhaften Wehen Ausstossung eines 15 Ctm. langen Foetus. Eine grosse Placenta wird entfernt. A. nimmt an, dass es sich um eine rechtsseitige Tubenschwangerschaft dicht am Uterus handelte.

44) Stoll. *Zeitschr. f. Geb. u. Gyn. Bd. 24 Hft. 2.* Pat. 24 a. n. Menstruation früher regelmässig. Nullipara. Vor 3 Monaten letzte Menstruation. Vor 3 Wochen Blutung und starke wehenartige Schmerzen, zugleich Abstossung grosser Hautfetzen. Status: Anaemisch, Schwangerschaftszeichen nicht ausgeprägt. In der Tiefe der rechten Darmbeingrube ein Tumor 3 Querfinger über dem Poupartschen Bande. Das rechte Scheidengewölbe von einer Geschwulst vorgebuchtet. Uterus vergrössert. Diagn.: Rechte Tubengravidität. Einführung der Sonde, die nach links gut vordrang 14 Ctm., nach rechts nicht, daher Gravid. im rechten Horn. Verlauf: Nach Sondirung wehenartige Schmerzen, welche später aufhörten, nachher Unterleibsschmerzen und dann wurde die Frucht geboren. Der Foetus wog 50 Gr. Das rechte Horn bildet sich rasch zurück. Am 10. Tage geheilt entlassen.

Ohne eine direkt die ektopische Gravidität betreffende Therapie, verliefen mit ungünstigem Ausgange folgende Fälle:

45) Andreff. Curier. *Amer. Journ. of obst. 87. Decmb. p. 1233*[2]) Pat. 27 a. n. ist nie schwanger gewesen, früher wegen Retrofl. ut. fix. in Behandlung, litt seit einigen Monaten an Schmerzen, Erbrechen, Husten. Blutungen aus dem Mastdarm. Erbrechen nahm zu und Tod. Diagn.: Nicht gestellt. Section: Bauchschwangerschaft. Tube ohne Einriss und Ausdehnung. Foetus im fünften Monat.

---

1) Ref. Centralbl. f. Gyn. 1892 p, 293.
2) Ref. Centralbl. f. Gyn. pag. 448.

46) Fasola. *Annalie di austetritia etc. 88. April bis Mai*[1]). Diagn. nicht gestellt. Verlauf: Berstung im siebenten Monat und Tod an Peritonitis. Section: Abdominalschwangerschaft.

47) Chiari. *Zeitschr. f. Heilkunde Bd. VIII*[2]). Pat. 37 a. n. II p. Die Schwangerschaft verlief bis 13. Nov. 86 ungestört, wo Patientin ausgeglitten war. Schmerzen, Blutabgang, Abgang der Decidua. Mit septischer Peritonitis ins Gebärhaus gebracht. Kein Eingriff, da aussichtslos. Tod am 19. November. Section: 4 Litr. Blut in der Bauchhöhle. Grav. tubaria. Foetus 1550 Gr. schwer, 42 Ctm. lang.

48) Derselbe. Ibidem[3]). Pat. 33 a. n. II Grav. Blutungen mit Erbrechen und Schmerzen in den ersten fünf Monaten, später Wohlbefinden. 7. März 83 Schmerzen, 8. März Tod. Anat. Diag.: tubare rechtsseitige Grav.

49) Oidtmann. *Frauenarzt 88, Nr. 1 u. 2*[4]). Ein Fall von Tubenschwangerschaft aus der Bonner gynäk. Klinik, der nach langer Beobachtung an Vereiterung und Ruptur des Fruchtsackes zu Grunde ging. Ein rechtzeitiger operativer Eingriff war unterblieben. Als Ursache der Extrautgrav. ergab sich vorgeschrittene, käsige Tuberculose der Tubenschleimhaut.

50) Torggler. *Bericht über d. geburtsh. Klin. zu Innsbruck 87—88.* Nach Ruptur der schwangeren Tube, rascher Verblutungstod.

51) Barsony. *Orvosi Hetilap 88, Nr. 50, 51, 53*[5]). Tödtliche Ruptur bei interstitieller Schwangerschaft.

52) Smith. *Amer. journ. obst. 89. März*[6]). Pat. 30 a. n., hat 2 Mal geboren. Plötzlich nachdem 2 Tage Schmerzen bestanden hatten, Tod an innerer Verblutung. Section: Rechte Tube stark erweitert, enthält einen dreimonatl. Foetus.

53) Fränckel. *Berl. Klinik 89 Nr. 17*[7]). Die gebildete Hämatocele brach nach der freien Bauchhöhle durch, und Tod an Peritonitis.

1) Ref. Centralbl. f. Gyn. 1888 pag. 616.
2) Ref. Centralbl. f. Gyn. 1888 p. 30.
3) Ref. ibidem.
4) Ref. Jahresb. von Frommel 1888.
5) Ref. Centralbl. f. Gyn. 1889 p. 385.
6) Ref. Centralbl. f. Gyn. 1889 p. 839.
7) Ref. Centralbl. f. Gyn. 1889 p. 113.

54) Barsony. *Hetilap. 88 Nr. 50, 51, 53*[1]). Tödtliche Ruptur bei interstitieller Grav. Perforationsöffnung in der hintern Uteruswand.

55) Klein. *Zeitschr. f. Geb. u. Gyn. Bd. XX*[2]). Präparat einer Tubargravidität im zweiten Monat. Diagn.: Innere Blutung. Pat. war in Folge von Ruptur zu Grunde gegangen. Excentrische Einbettung.

56) Smolsky. *Inaug. Dissert. Ptsb. 90*[3]). Pat. 32 a. n. 9 Jahre verheirathet, hat zwei Mal geb., zuletzt vor 7 Jahren. Litt an chronischer Entzündung der rechtsseitigen Adnexe. Letzte Regel 6. bis 9. Juli. Untersuchung: 12. Sept. Im linken Scheidengewölbe eine Geschwulst von Wallnussgrösse, ungleicher Consistenz, deutlich getrennt vom Uterus, der entsprechend vergrössert. Diag.: Grav. tub. sinistra. Dr. Ott vollzieht zuerst das Curettement um Mola carnosa auszuschliessen. Die ausgeschabten Stückchen sahen wie Decidua aus. Nach der Operation collabirte Pat. und starb nach 18 Stunden. Section: Frischer Bluterguss in die Bauchhöhle und acute Anämie aller Organe. Schwangerschaft circa im vierten Monat im äusseren Theil der linken Tube, Fruchtsack mit breitem Riss.

57) Heibry und Nicolaisen. *Verhandl. der med. Ges. zu Christiania p. 19 bis 81*[4]). Pat. wurde im Collaps in die Klinik gebracht. Nächsten Tag, während der Untersuchung, wieder Collaps. Status: Abdomen nicht aufgetrieben, Uterus normal gross, der Scheidentheil desselben etwas weich. Keine Geschwulst neben dem Uterus zu fühlen, die Beweglichkeit des letzteren frei. Therapie: 450 gr. 0,5 procentiger ClNa Lösung werden infundirt und Excitantien gegeben. Verlauf: Trotz fortdauerndem Gebrauch von Excitantien collabirte Pat. zwei Stunden später und starb. Section: 1 Liter freies Blut in der Bauchhöhle. Der linke Eileiter bot eine geborstene, wallnussgrosse Erweiterung, in derselben Villi chorii. Keine Frucht. Letzte Regel drei Wochen vor dem Tod.

58) Nicolaisen. *Norsk. Mag. for Lägeridenskaben 90 R. 4 Bd. V Nr. 10 u. 11*[5]). Pat. 22 a. n. Nullipara.

---

1) Ref. Jahresb. von Frommel 1889 p. 117.
2) Ref. Jahresb. von Frommel 1890 p. 114.
3) Ref. Jahresb. von Frommel 1890 p. 116 u. Journ. f. Geb. u. Fr. 90 p. 236.
4) Ref. Jahresb. von Frommel 1890 p. 119.
5) Jahresb. von Frommel 90 p. 120.

Letzte Regel vor 4—5 Wochen. Seitdem Schmerzen und Unwohlsein. Acht Tage vor Eintritt ins Krankenhaus wurden die Schmerzen heftiger, besonders rechts. Blutung aus der Scheide. Pat. anämisch. Bei der Aufnahme war Patientin collabirt und gedämpfter Percussionston zwischen Symphyse und Nabel. Am nächsten Tage Tod. Section: $1^1/_2$ Liter flüssigen Blutes in der Bauchhöhle. Uterus vergrössert. Tube hat in der Mitte eine spindelförmige, taubeneigrosse Erweiterung mit einer Perforationsöffnung. Keine Ursache für Extrauteringrav. zu finden. Fruchtsack enthielt keinen Foetus, aber Chorionzotten.

59) Bergstrand. *Eira 90 Nr. 23 p. 714—717*[1]). Der Fall betraf eine öffentliche Dirne. Berstung warscheinlich durch Beischlaf. Therapie: Kochsalzinfusion ohne Erfolg. Tod. Section: Ganze Bauchhöhle voll Blut, eine Tube war geborsten.

60) Littauer. *Verhandl. d. Ges. f. Geb. zu Leipzig 21. Juli 1890*[2]). Plötzliche Erkrankung mit Stuhldrang, Erbrechen mit Ohnmacht. Nicht ausgesprochene Anämie, Kleiner Puls. Etwas Blut war abgegangen. Leib empfindlich in Nabelgegend. Diagnose: Perforationsperitonitis. Tod. Section: 1—$1^1/_2$ Liter Blut im kleinen Becken. Rechte gravide Tube geborsten. Foetus drei Wochen alt und noch 2 Wochen länger getragen.

61) Gunsser. *Centralbl. f. allg. Pathol. und pathol. Anat. 91 Nr. 6*[3]). Rupturirte Tubengrav. Regel war zum ersten Mal 10 Tage ante exitum ausgeblieben.

62) Abel. *Arch. f. Gyn. Bd. 39 Heft III*[4]). Ruptur mit schnellem Tode durch innere Verblutung. Schwangerschaft in der 4.—5. Woche. Eileiterschwangerschaft.

62) Martin Dürr. *Mercredi med. 91 Nr. 26*[5]). Tod in Folge von Tubenruptur. Placenta inserirt an der äusseren Seite der rechten Tube. Foetus $3^1/_2$ Monat alt.

64) Jordein. *Orvosi Hetilap. 91 Nr. 44*[6]). Letales Ende durch Ruptur. Diagn.: rechtsseitige Extrauteringravidität. Der Unterleib war in der rechten Ileocoecalgegend re-

1) Ref. Jahresb. von Frommel 1890 p. 121.
2) Ref. Centralbl. f. Gyn. 1891 p. 51.
3) Ref. Centralblatt f. Gyn. 1891 p. 389.
4) Ref. Centralblatt f. Gyn. 1891 p. 390.
5) Ref. Centralblatt f. Gyn. 1891 p. 764.
6) Ref. Centralblatt f. Gyn. 1892 p. 813.

sistent, während links ein tympanitischer Schall zu hören war, auch war das rechte Scheidengewölbe von einer elastischen, schmerzhaften Geschwulst ausgefüllt. Es fand sich bei der Section eine linksseitige Tubarschwangerschaft. Die rechte Hälfte des Beckenbodens enthielt 100 gr. Blut, wodurch die Täuschung entstanden war.

65) Gross. *Correspondenzbl. f. Schweizer Aerzte 92. Nr. 8*[1]). Pat. 38 a. n., hat 8 Mal spontan geb., erkrankte, nachdem sie bis vor 14 Tagen angeblich 4 Wochen lang leicht menstruirt, war plötzlich an Leibschmerzen, besonders im linken Hypogastrium, Athemnoth, Angstgefühl, Erbrechen. Exitus an acuter Anämie 8 Stunden nach dem Anfall. Section: Geplatzte linksseitige Tubengravidität.

66) Engström. *Zeitschr. f. Geb. u. Gyn. Bd. 24. H. II*[2]). Pat. 35 a. n. Regel früher normal gewesen. Geringer Fluor albus in den letzten zwei Jahren. Hat drei Mal abortirt, zuletzt im Februar. Letzte Menstruation Febr. 92. 28. April Schmerzen im rechten Hypogastrium, Zeichen innerer Blutung. Therapie: Ruhe, später 300 Cubikcent. Kochsalzlösung eingespritzt, Puls bleibt schlecht, 29. April Abends Tod. Section: Uterushöhle 10 Ctm. Rechte Tubengravidität.

67) Himmelfarb. *Journ. f. Geb. u. Gyn. 88 p. 285.* Pat. 26 a. n., hat 2 Mal normal geboren und gestorben unter den Zeichen innerer Blutung. Section: Allgemeine Anämie und Blut im Abdomen. Schwangerschaft eines Uterus bicorn. der linken Seite.

68) Sippel. *Deutsch. med. Wochenschr. 92. Nr. 37*[3]) Nach erfolgter Ruptur kam ärztliche Hülfe zu spät. S. fand Patientin bereits moribund. Sectien: das Corpus luteum sass im Ovarium der anderen Seite.

69) Zweifel. *Arch. f. Gyn. Bd. 41 Heft 1 u. 2*[4]). Patientin 37 a. n., hat 6 Mal geboren, zuletzt vor einem Jahr. Nieren-, Bauchfell-, Brustfellentzündung durchgemacht. Menstruation immer normal gewesen, 2 Mal abortirt. Vom April 1890 an unregelmässige Blutungen und Schmerzen. Status: Anämisch, links im Leibe ein unbeweglicher Tumor.

---

1) Ref. Centralbl. f. Gyn. 1892 p. 814.
2) Ref. Centralbl. f. Gyn. 1892 p. 990.
3) Ref. Centralbl. f. Gyn. 1892 p. 992.
4) Ref. Centralbl. f. Gyn. 1892 p. 60.

Uterus nicht vergrössert. Links von ihm und mit ihm verwachsen ein kindskopfgrosser Tumor von prallelastischer Consistenz. Diagnose: Tubentuberculose. Nierentuberculose wegen Albuminurie. Verlauf: Unter geringem Fieber nach 30 Tagen Tod. Es kamen Oedeme hinzu, daher wurde eine Operation nicht erwägt. Section: Linke Tubargravidität, kein Foetus, aber Chorionzotten. Adnexe vielfach verwachsen mit Gedärmen. Uterus vergrössert.

70) Jordan. *Gyogyazat Nr. 44*[1]). Patientin 24 a. n., wird im bewusstlosem Zustande in das Krankenhaus gebracht. Es handelte sich um einen durch Berstung letal geendeten Fall von Tubarschwangerschaft, wo die Diagnose im Leben auf eine rechtsseitige, geborstene Extrauteringravidität gestellt war, indem der Unterleib in der rechten Ileocoecalgegend resistent war, mit dumpfem Percussionston, während letzterer links tympanitisch war; auch war das rechte Scheidengewölbe von einer elastischen Geschwulst ausgefüllt. Section: Linksseitige geplatzte Tubenschwangerschaft, während in der rechten Hälfte des Beckens etwa 1000 Gr. geronnenen Blutes die Täuschung erklärte. Uterus vergrössert.

71) Abel. *Centralbl. f. Gyn. 1890. Nachtrag p. 82.* Nullipara 21 a. n., welche in Folge von Verblutung in die Bauchhöhle starb, bevor die beabsichtigte Laparotomie begonnen werden konnte. Section: Rechte Tubenschwangerschaft. Ei 5—6 Wochen alt.

72) Olshausen. *Deutsche med. Wochenschr. 90. p. 146.* Pat. 40 a. n., hat nur 1 Mal vor 14 Jahren geboren. 1873 wurde sie an Unterleibsentzündung behandelt. Im August desselben Jahres blieb die Regel aus. Nach 2 Monaten Amennorrhoe traten plötzlich nach Schütteln eines Baumes Schmerzen und Blutung aus den Genitalien ein. Am 14. Sept. Zeichen stärkerer innerer Blutung. An demselben Tage fand O. sie höchst anämisch, pulslos, im Unterleib Dämpfung, nach 1 Stunde Tod. Section: Etwa 4 *ℓ.* Blut im Abdomen. Die hintere Seite des Uterus mit dem Rectum verwachsen, nur die rechte obere Ecke frei. Uterus so gross, wie im 2. Monat der Schwangerschaft. Mehrere Myome, eins am linken Horn hinter dem Ansatz der Tube. Decidua sehr gross mit mehreren, polypenartigen Wucherungen. Rechts neben dem Uterus ein Tumor von 6 Ctm. Durchmesser, welcher aus dem leteralen Theil der Tube besteht. 11 Ctm. vom Uterus ist

1) Ref. Jahresb. v. Frommel 1891 p. 124.

die Tube $^3/_4$ Ctm. lang solid. Das mit dem Fruchtsack verwachsene Ovarium dxtr. trägt das Corpus luteum graviditatis. Im Fruchtsack ein Foetus von 4—5 Wochen. An der Oberfläche des Fruchtsacks ragen aus mehreren kleinen Oeffnungen Schleimhautpolypen, welche einen fibrillären Bau zeigen und ins Tubenlumen reichen. Diagnose: Graviditas tubaria dextr. Verschluss der Tube wahrscheinlich nach Conception.

73) Derselbe. *Ibidem p. 149.* Pat. 39 a. n., aufgenommen am 4. Januar 84. Letzte Menstration unbekannt. Untersuchung: Abdomen hochgradig, ungleichmässig vorgewölbt, Kindestheile nicht zu fühlen. Hinter der Portio vaginalis ist das Scheidengewölbe tief herabgedrängt durch einen Tumor, wie es scheint den Steiss des Kindes. Diagnose: Extrauteringravidität mit ausgetragenem abgestorbenem Kinde. Da die Diagnose nicht sicher, so wurde abgewartet, als am 8. Januar beim Aufrichten im Bett die Kranke plötzlich todt zurücksank. Section: Das Netz überzieht einen Sack, der aus dem kleinen Becken bis eine Handbreit über den Nabel reicht. In demselben viel Blut und eine ausgetragene macerirte Frucht mit dem Steiss im Douglass. In der linken hinteren oberen Gegend des Fruchtsackes sass die Placenta. Tuben und Ovarien soweit bei den Verwachsungen zu constatiren möglich normal, nur die rechte Tube besitzt am abdominalen Ende eine haselnussgrosse, durch blutiges Serum bedingte, erweiterte Stelle. Uterus sehr vergrössert mit gut entwickelter Decidualmembran. Wahrscheinlich primäre Abdominalschwangerschaft.

74) Matecki. *Monatsschr. f. Geburtsch. u. Fr. Bd. 31 p. 465*[1]) Pat. 30 a. n. hat 5 Mal geboren, zuletzt vor 5 Jahren, und leidet seitdem an Schmerzen im rechten Parametrium. Letzte Regel Febr. 67. Fühlte sich zuerst gut, dann jedoch, nach einem Fall, heftige Schmerzen im Kreuz, krampfartig. Am 15. Oct. fand M. sie im Collaps im 8. Monat der Schwangerschaft. Diagnose: Uterinschwangerschaft. Untersuchung: Uterus sehr vergrössert, rechts von ihm ein Körper, der nicht abzugrenzen ist vom vermeintlichen Uterus. Links war der Kindskopf zu fühlen. Kindsbewegungen. Bei der innern Untersuchung hatte man den Eindruck einer Placenta praevia. Am Abend des Tages hörten die Kindesbewegungen auf, Schüttelfröste und starke Schmerzen traten ein, und es erfolgte der Tod. Section: Der Uterus ist 16—19 Ctm. lang. Die Placenta sitzt am Kreuz,

1) Ref. Wratsch. 92. p. 157.

am Peritoneum angewachsen. Tuben sind hypertrophisch. Sie und Ovarien standen nicht in Berührung mit Placenta. Im Uterus keine Decidua. Die Beschaffenheit der Fimbrien nicht zu eruiren, da sie in Folge der Abreissung von der seitlichen Beckenwand, mit der sie verwachsen, zerfetzt waren. Abdominalschwangerschaft mit vollständig entwickelter Frucht.

75) Dobbert. *Virchow's Arch. Bd. 123 p. 103*[1]). Pat. 26 a. n., war immer gesund, hat 1 Mal geboren vor 2 Jahren. Menstruation immer regelmässig gewesen, aber im Mai 88 ausgeblieben. Im Juli Blutung, im August Schmerzen im Unterleib mit starker Blutung aus den Genitalien, welche bald nachlässt. Untersuchung: Uterus entsprechend einer 3 monatlichen Schwangerschaft vergrössert. Von der Scheide aus ist eine Geschwulst zu fühlen, welche das kleine Becken ausfüllt und bis 2 Querfinger unter den Nabel reicht. In der nächsten Zeit traten collapsartige Zufälle auf. Ausstossung einer Decidua. Aus dem Rectum floss stinkender Eiter mit Gewebsfetzen wobei der Tumor sich verkleinerte. Tod am 3. November 88. Section: Im Douglas Eiter und Knochen. Tuben und Ovarien normal.

76) Weiss. *Aerztl. Verein in Hamburg. Sitzung 17. März 91*[2]). Ovarialschwangerschaft die geplatzt war und durch diffuse eitrige Peritonites zum Tode führte.

77) Sinclair. *Brit. med. journ. 88 Nr. 1412*[3]). Nach 2 monatl. Ausbleiben der Regel plötzlich Collaps und Tod. Section: 6 wöchentl. Tubenschwangerschaft mit Ruptur.

78) Cohn. *Berichte über den 60. Congress der Deutschen Aerzte in Wiesbaden Sitzung 21 Sept. 87*[4]). Zwillingsextrauteringravidität in einer Tube. Tod an Verblutung.

79) Ott. *Geb. gyn. Gesel. in Petersb. 14. December 89*[5]). Pat. hat 3 Mal geboren. Letzte Geburt vor 7 Jahren, seitdem an chronischer Entzündung der Adnexe, besonders rechts behandelt worden. Menstruation regelmässig, die letzte 5. Juli 1889. Anfang Octbr. plötzlich heftige Schmerzen, u. Abgang von Blut. Untersuchung: 9 Novbr. Rechts unten der vergrösserte Uterus, links ein 3 Mal grösserer Tumor von ungleicher Consistenz, empfindlich und wenig beweglich. Im

1) Ref. Wratsch 92 p. 180.
2) Ref. Münch. med. Wochenschr. 91 p. 227.
3) Ref. Journ. f. Geb. u. Fr. 88 p. 231.
4) Ref. Journ. f. Geb. u. Fr. 88. p. 118.
5) Ref. Wratsch 89. p. 1134.

linken Scheidengewölbe deutliche Pulsation. Nach Untersuchung mit Sonde tritt Collaps ein. Therapie: Die Laparotomie wurde nicht gemacht, weil eigentlich kein Zeichen innerer Blutung vorhanden war, ausser dem auffallenden Sinken der Herzthätigkeit. Verlauf: Am Abend war der Zustand ziemlich befriedigend, aber am Morgen des nächsten Tages starb die Kranke. Section: 4 monatl. linke Tubarschwangerschaft.

80) Dobbert. *Protoc. d. Vereins Petersb. Aerzte. Sitzung 22. Jan. 91*[1]). Pat. 25 a. n., hat nie geboren, Menstruationen waren unregelmässig, die letzte Anfang October. Pat. leugnet die Möglichkeit einer Schwangerschaft. Uterus wenig vergrössert. Schmerzen im Leibe, Erbrechen. Keine allgemeinen Schwangerschaftszeichen. Im rechten Scheidengewölbe ein länglicher, beweglicher Tumor. Diagnose unklar. Therapie: 27. Novbr. Exspectative Behandlung, Verschlimmerung des Zustandes. Verfall der Kräfte. 11. Dec. Tod. Anat. Diagn.: Grav. tubaria dextra. Fruchtsack durch Blutung ausgedehnt. Im linken Ovarium das Corpus luteum (Ueberwanderung). Uterus vergrössert.

81) Clementz. Ibidem[2]). Von Höppner operirt. Pat. 35 a. n., hat 6 Mal geboren. Letzte Regel im Mai. 10. Juli Blutung und Schmerzen. Befund: Uterus vergrössert, zu beiden Seiten desselben ein schmerzhafter weicher Tumor. Diagnose unsicher. Das Allgemeinbefinden verbessert sich bei Umschlägen und Ruhe. Am 5. Aug. stand Pat. aus dem Bett auf, stürzte darauf ohnmächtig hin, und starb unter den Erscheinungen der inneren Blutung. Anat. Diagn.: Grav. tubaria dextra, Foetus 10 Ctm.

82) Strawinsky. *Journ. f. Geb. u. Fr. 88 p. 205.* Pat. 36 a. n., hat 2 Mal geboren, zuletzt vor 4 Jahren. In den letzten Jahren waren die Regeln unregelmässig die letzte Ende Januar 1882. Status: Schwacher Puls, Temperatur 38,5. Abdomen aufgetrieben, sehr schmerzhaft. Uterus vergrössert, zu beiden Seiten desselben teigige Geschwulst, ohne deutliche Grenzen. Diagnose: Hämatocele retrouterina. Eis. Zustand verschlimmert sich. Excitantien. Nach 3—4 Tagen Besserung. Ende Mai kehren die Regeln wieder, Schmerzen bestehen von Zeit zu Zeit Geschwulst verkleinert sich. 10. Octbr. letzte Regel. Im Dec. 83 plötzlich heftiger Schmerz

1) Ref. Ptsb. med. Wochenschr. 91 p. 123.
2) Ref. Ibidem.

im Unterleib und Collapserscheinungen. Uterus vergrössert. Diagnose: Extrautgrav. mit Ruptur in die Bauchhöhle. Therapie: Eis und Excitantien. Verschlimmerung des Zustandes und Tod am 4 Decbr. Section: Im Abdomen viel Blut. Rechtsseitige Grav. interstitialis im ersten Monat. In der linken Tube alte Blutgerinnsel in einem pflaumengrossen Sack, wahrscheinlich Grav. tubaria vor einem Jahr und 9 Monat.

83) Derselbe. Ibidem. p. 211. Pat. 31 a. n. Regeln früher normal, letzte Anfang Juni 88, hat 2 mal geboren, zuletzt vor 4 Jahren, nachher nicht krank gewesen. Vor 2 Wochen starke Schmerzen im Unterleib, welche sich später wiederholten, besonders rechts. Pat. anämisch. Puls 110, Temp. 37,9. Uterus vergrössert, rechte Adnexe sehr schmerzhaft, fluctuirend, keine Geschwulst zu fühlen, linke Adnexe weniger schmerzhaft, ebenfalls fluctuirend. Diagnose: Grav. extraut. Ruptur mit Blutung in die freie Bauchhöhle. Therapie: Eis, Opium, Operation nicht angenommen. Befinden verschlechtert sich, Collaps nimmt zu und Tod am 14. Oct. Section: Im Abdomen viel Blut, an der rechten Tube liegt der Fruchtsack. Foetus 4 Ctm. lang, im 3. Monat. Uterus vergrössert. Rechte Tubenschwangerschaft. Rechte Tube trichterförmig, aus dem Trichter geht die Sonde nicht durch in den Tubencanal.

84) Lebedew. *Geb.-gyn. Ges. Febr. 89*[1]). Pat. 21 a. n. klagt über Schmerzen im Unterleib, welche vor 3 Wochen begannen. Hat 1 Mal vor 7 Jahren geboren. Regeln früher normal, letzte vor 2 Wochen nur 2 Tage lang. Status: Schmerzen im Unterleib. 26. Decbr. plötzlich starke Schmerzen im Leibe, Schwindel und geringe Blutung, 10 Jan. wieder so ein Anfall. Untersuchung 2. Febr.: Uterus vergrössert, im vorderen Scheidengewölbe eine elastische Geschwulst, welche bis 2 Fingerbreit unter den Nabel reicht. Den nächsten Tag Abgang eines Stückes und Blutung. Operation wird von der Kranken nicht gewollt, und es erfolgt am 7. Februar der Tod durch Anämie. Section: Geborstene Grav. tubaria sinistra mit 4-monatlichem Foetus.

Mit Durchbruch per Rectum und ungünstigem Ausgange verliefen:

85) Meyer. *Correspondenzbl. f. Schweizer Aerzte 87 Nr. 8*[2]). Pat. 40 a. n. hat bei der 3. und letzten Geburt

1) Ref. Journ. f. Geb. u. Fr. 90 p. 51.
2) Ref. Centralbl. f. Gyn. 1888 p. 13.

eine Unterleibsentzündung durchgemacht. 3 Monat vor Spitaleintritt blieben Menses aus. Entwickelung eines Tumors in der rechten Unterleibsgegend. Diagn.: Extrautgrav. Therapie: Punction des Fruchtsackes. Verlauf: Verjauchung des Fruchtsackinhaltes. Durchbruch der Jauche ins Rectum und Extraction einer macerirten, 25 Cent. langen Frucht per anum. Der Sack schrumpfte nach und nach zusammen, trotzdem anhaltendes Fieber vorhanden, und 3 Monate nach der Extraction starb die Kranke. Section: Geheilte Bauchschwangerschaft. Der geschrumpfte Sack rechts vom Rectum befindlich, bedeckt vom rechten Ovarium und Tube, die an der Hinterfläche des Uterus adhaerent ist. Eileiter und Eierstock rechts mit einem verkästen Drüsenpacket fest verwachsen.

86) Hamilton. *New-York med. journ. 88, 43, p. 90—92*[1]). Vereiterung des Fruchtsackes mit Durchbruch nach dem Rectum. Tod erfolgte durch Sepsis. Die Diagnose war nicht gestellt worden.

87) Inauye. *Sei-J-K. wai Journ. of Tokio*[2]). Patientin 37 a. n., hat drei Mal abortirt, sonst immer gesund gewesen. Im Jahre 1885 war sie mehrere Monate schwanger gewesen. Es war aber keine Frucht abgegangen, nur starke Blutung aus dem Uterus und Fluor. Darauf plötzlich Collaps. Im März 1890 peritonitischer Anfall, Fieber, blutiger foetider Ausfluss. Acht Monate später in der linken Seite des Abdomens ein Tumor constatirt, der bis zum Nabel reichte. Derselbe wurde rasch weicher, die Schmerzen liessen nach und es entleerten sich 38 Knochen durch den Anus, 1 durch die Vagina, 33 durch die Uretra. Sie entsprachen einem achtmonatlichen Foetus. Die Frau starb mehrere Monate nachher am Marasmus.

Mit Durchbruch durch die Vagina und unglücklichem Ausgange verlief:

88) Smirnow. *Beilage zu den Protoc. der Sitzung der Geb.-gyn. Gesell. zu Kiew 92, V. Jahrgang Bd. V. p. V.*[3]). Patientin 60 a. n., hat eine Wunde am Unterleib zwischen Hüftbein und Rippen aus der Kindstheile und später Fäces herauskommen. Durch den Mastdarm kein Stück. Nach $2^1/_2$

1) Ref. Jahresb. von Frommel 1888.
2) Ref. Centralbl. f. Gyn. 1892 p. 990.
3) Ref. Wratsch 81 p. 256 u. Jahresb. v. Frommel 91, p. 121.

Monaten Tod. Die Anamnese ergab: Nach 5-jähriger Ehe eine frühzeitige Geburt, dann 2 ausgetragene Kinder, dann 2 Aborte. Vor 30 Jahren wieder schwanger, zur richtigen Zeit Wehen. Starke Blutung, aber keine Geburt. Leib blieb aufgetrieben. Rechts im Bauche ein Druck, geringe seltene Schmerzen. Vor 10 Jahren einige Knochenstücke per Vaginum abgegangen, 89 wieder 10 Stück und später noch 4. Seit 87 Schmerzen constant im Bauche rechts. Herbst 89 Abscess der Bauchdecken rechts, durch den die Knochen abgingen. Also Vereiterung einer extrauterinen Frucht.

Mit Durchbruch durch die Bauchdecken und unglücklichem Ausgang verlief:

89) Hammer. *Wiener med. Wochenschr. 88 p. 404.* Pat. 35 a. n. hat 2 Mal geboren. Vor 6 Jahren wieder gravid. Es kam nicht zur Geburt. Seitdem blieb ein Tumor zurück; sonst Patientin gesund, bis im Novbr. 87 spontane Perforation der vorderen Bauchwand stattfand. Therapie: Prof. Schauta machte die Laparotomie und Incision des Sackes. Verlauf: Tod an Marasmus 14 Tage nach der Operation. Section: Fruchtsack ist der stark erweiterte ampulläre Theil der linken Tube.

Ohne Therapie und ohne Angabe des Ausganges verliefen:

90) Mundé. *Amer. journ. of obst. 87. Jan.—April. Sitzung 7. Decbr. 86* [1]). Diagn.: Extrautgrav. Verlauf: Ruptur des Fruchtsackes. Therapie: expectativ da noch keine dringende Gefahr.

91) Iwanow. *Journ. f. Geb. u. Fr. 92 p. 135.* Pat. hat 2 Mal geboren, zuletzt vor 4 Jahren, wonach sie an zeitweisen Schmerzen im Unterleib litt. Letzte Menstruation am 10. Octbr. 89. 26. Novbr. sehr starke Schmerzen und Ohnmacht. In der linken Seite eine Geschwulst, Uterus vergrössert. Blutungen, welche sich 2 Mal im December wiederholten mit Abgang einer Haut. Status: 15 Febr. 30 a. n. anämisch, keine Schwangerschaftszeichen. Uterus vergrössert, links von ihm eine Geschwulst bis 3 Fingerbreit unter den Nabel. Diagn.: Grav. tub. Laparotomie will Patientin nicht. Bleibt bis 20. März in der Klinik. Das Befinden hat sich gebessert, die Geschwulst sich verkleinert.

1) Ref. Centralbl. f. Gyn. 1888 p. 139.

Mit Durchbruch per vaginam ohne Angabe des Ausganges verlief:

92) Coe. *Amer. Journ. of obst. 88 März, April, Mai. Sitzung 17. Jan.*[1]). Pat. 40 a. n., hat nie concipirt. Seit 4 Wochen Erscheinungen von Peritonitis. Untersuchung: Harte Geschwulst im Douglas, als Eierstocksgeschwulst diagnosticirt. Nach einiger Zeit blutiger Ausfluss per vaginam und es entleerten sich nach und nach Knochen durch dieselbe, welche einem 5-monatlichen Foetus angehörten.

Mit Durchbruch durch die Blase und ohne Angabe des Ausganges verlief:

93) Torggler. *Bericht über die geburtsh. Klin. zu Innsbruck 81—87. Prag 88.* Spontane Elimination der vereiterten Frucht durch die Blase, wird künstlich befördert.

Mit Punction wurden folgende Fälle behandelt:

94) Szumann. *Nowiny lekarskie 90 p. 409—413, 541—551*[2]). Pat. 38 a. n., hat 2 Mal geboren, kein Mal abortirt. Im 16. Jahre der Ehe das Bild der Incarceratio uteri gravidi retroflexi. Vergebliche Repositionsversuche, Ausfluss blutig zerfetzter Massen. Therapie: Laparot. Tumor ist nicht auszuschälen. Einschnitte des Tumorsackes theils vernäht, theils tamponirt, Verband. Besserung. Tumor wird weicher, fluktuirend. Punction durch die Scheide. Nach 14 Tagen eitriger Ausfluss, Incision und tägliche Ausspülung. Es entsteht eine Communication mit dem Mastdarm. Ausstossung der Frucht und Placenta unter Eiterung. Schluss der Darmfistel. Genesung. 4 monatl. Schwangerschaft.

95) Schneider. *Deutsch. med. Wochenschr. 92. Nr. 37*[3]). Pat. 23 a. n., 25 Juli 1890 aufgenommen hat vor 3 Jahren 1 Mal geboren. Die sonst regelmässigen Menses sind 6 Wochen lang ausgeblieben. Uterus vergrössert, leer, links neben ihm ein weicher Tumor. Diagn.: Linksseitige Tubargrav. im 3. Monat. Therapie: Punction des Fruchtsacks von der Scheide und den Bauchdecken aus. 10 Tage nach Punction, Abgang fetziger Stücke aus dem Uterus, wahr-

1) Ref. Centralbl. f. Gyn. 1888 p. 869.
2) Ref. Jahresb. v. Frommel 90 p. 122.
3) Ref. Centralbl. f. Gyn. 1892 p. 991.

scheinlich Decidua. Entlassung nach 6 Wochen, nur eine schwielige Verdickung der linken Uterusanhänge besteht noch.

96) Teuffel. *Arch. f. Gyn. 22. p. 57* [1]). Patientin 36 a. n., hat 1 Mal geboren, letzte Menstruation vor 2 Jahren. Der Leib nahm zu, die Frau hielt sich für schwanger. Im letzten Jahr wieder regelmässig menstruirt. In der Bauchhöhle eine cystische Geschwulst palpirbar. Bei innerer Untersuchung ein harter Tumor im hinteren Scheidengewölbe fühlbar. Therapie: Punction. 10 Tage darauf Tod nach zunehmendem Verfall. Section: Fibröser, mit vorderer Bauchwand verwachsener, Sack mit gut erhaltener reifer Frucht. Fruchtsack mit der hintern Uteruswand verwachsen, linkes Ovarium nicht gefunden. Rechte Adnexe normal. Placenta sass im Grunde des Fruchtsacks.

Mit Morphiuminjection in den Fruchtsack verliefen günstig:

97) Gossmann. *Münch. Med. Wochenschr. 88 p. 877* [2]). Pat. 26 a. n. V Grav., frühere Geburten und Wochenbetten normal. Letzte Regel März 1887. 3 Monat nach Ausbleiben der Regel heftiger Schmerzenanfall und Abgang der Decidua unter wehenartigen Schmerzen. Untersuchung: Faustgrosser Tumor links hinten, der vergrösserte, bewegliche Uterus nach rechts gedrängt. Diagn.: Extrauteringrav. Therapie: 3 Wochen nach Deciduaabgang subcutane Morphiuminjection von den Bauchdecken aus von 0,03 gr. in den Fruchtsack und nach 14 Tagen Injection wiederholt. Nach der ersten Injection traten nach einer Untersuchung Collapserscheinungen mit Vergrösserung des Tumors auf, jedenfalls Folge innerer Blutung. 3 Wochen nach der 2 Injection konnte eine Verkleinerung des Tumors constatirt werden, im Verlaufe von Monaten verschwand er völlig.

98) Winckel. *Aus den Verhandl. d. 3. Congr. der deutsch. Gesel. f. Gyn. in Freiburg i/B 12. bis 14. Juni 89* [3]). Erste Morphiuminjection 0,03 in den Fruchtsack am 12. Febr. Darauf heftige Schmerzen und Wachsen der Geschwulst. 8 Tage später 2 Injectionen. Darauf Verkleinerung des Sackes, welcher jetzt nur als kleiner Tumor fühlbar ist. Pat. am 1. März gesund und arbeitskräftig entlassen.

1) Ref. Zeitschr. f. Geb. u. Gyn. 24. Heft I.
2) Ref. Centralbl. f. Gyn. 1889 p. 400.
3) Ref. Centralbl. f. Gyn. 1889 p. 502.

99) Derselbe. Ibidem[1]). Ein Fall der durch einmalige Morphiuminjection zur Heilung gebracht wurde. Pat. wurde schon nach 8 Tagen mit einem wallnussgrossen Tumor entlassen.

100) Lomer. *Verhandl. d. Ges. f. Geb. in Hamburg. Sitzung 30. Septbr. 90*[2]). Pat. 31. a. n., ist 6 Jahre steril verheirathet, Dysmennorrhoe. Discision des Muttermundes. Schmerzen in der linken Seite 2 Monat später. Neben Uterus ein apfelgrosser, weicher Tumor palpirbar. Menstruation 1 Mal ausgeblieben. Die Geschwulst wuchs, Uterus erwies sich leer nach Sondirung, war genau von der Geschwulst zu trennen. Therapie: 2 Mal Injectionen von 0,04 Morph. in den Fruchtsack. Verlauf: der Fruchtsack wurde kleiner und 3 Monat später konnte man links vom Uterus nur einige Narbenstränge nachweisen. Genesung.

101) Posnanski. *Medicina Nr. 16 p. 92*[3]). Pat. 30 a. n., immer gesund gewesen. Vor einem Monat fühlte sie wehenartige Schmerzen. Letzte Menstruation 30. April, künstlich hervorgerufen. 3 Tage nachher wehenartige Schmerzen und Ohnmacht. Status 25. Mai: Zu den Seiten des Uterus eine schmerzhafte Geschwulst palpirbar. In der Nacht auf den 8. Juni starke kolikartige Schmerzen im Abdomen, heftiges, unstillbares Erbrechen. Diagn.: Darmverschluss. 17. Juni wieder Untersuchung: rechts hinten und theilweise links vom Uterus eine Geschwulst, deren obere Grenze gleich hoch mit dem Fundus Uteri steht. Diag. Extrauteringrav. Therapie: 26. Juni $^1/_4$ gr. Morph. von der Scheide aus eingespritzt, 4 Tage nachher noch einmal, darauf liessen Erbrechen und Schmerzen nach. Am 35. Tage nach Injection Auftreten der Regel, bald nachher Fieber bis 40°, welches bald nachliess und von da ab Besserung. Nach 3 Monaten Entlassung mit einer wallnussgrossen schmerzlosen Geschwulst.

Nach Morphiuminjection verlief ungünstig:

102. Zweifel. *Vorl. über klin. Gyn. von Dr. Paul Zweifel.* Pat. 29 a. n., hat 1 Mal vor einem Jahr normal geboren. Im Nov. 91 die letzte Regel. April 91 Schmerzen und unregelmässige Blutung. Am 29. Mai plötzlich Schmerzen in der linken Seite und Collaps. Neben dem Uterus ein

1) Ref. Ibidem.
2) Ref. Centralbl. f. Gyn. 1891 p. 861.
3) Ref. Journ. f. Geb. u. Fr. 92 p. 1232.

kindskopfgrosser Tumor. Im Juni wird Laparotomie gemacht und nach Punction des Fruchtsackes, die nur Blut ergab und Morphiuminjection der Leib geschlossen. Ende Januar ist der Leib aufgetrieben und gespannt, rechts vom Uterus ein faustgrosser Tumor. Status: 13. Febr. Zeichen von Ileus und allgemeiner Sepsis, kein Fieber. Therapie: Elytrotomie, wonach Disgn. Extrauteringrav. sicher wird. Verlauf: Ungünstig Laparotomie konnte nicht gleich angeschlossen werden, weil das Befinden so schlecht war, und trotz anfänglicher Besserung Tod am 20. Febr. Section: Mit der Bauchnarbe war eine Dünndarmschlinge verwachsen, diese war geknickt and hatte Ileus bewirkt. Foetus in der 8.—10. Woche, erst seit einigen Tagen abgestorben. Anat. Diag. Infundibulargrav. der rechten Seite. Corpus luteum links, Berstung des Fruchtsacks, Blutung in die Bauchhöhle.

Mit Electricität wurden behandelt und verliefen günstig:

103) Fasola. *Annali di ostetritia etc. 1888. April bis Mai*[1]). Diagn. Tubarschwangerschaft im 3. Monat. Therapie: Punction des Tumors, sodann täglich galvanischen Strom. Ausgang: Verschwinden der Geschwulst. Heilung.

104) Harrison. *Amer. Journ. of obst. 88. März bis April bis Mai Sitzung, 17. Januar*[2]). Extrauteringrav. durch den galvanischen Strom unterbrochen, doch fehlte Abgang der Decidua.

105) Kalabin. *Arch. de Tocol. 89. Nr. 3, 221—232*[3]). In Folge von Blutung im 2. Monat starker Collaps. Die electrische Behandlung mit dem galvanischen Strom wurde vorgenommen. Jede Sitzung dauerte 10 Min., wobei der positive Pol an den Bauchdecken, der negative Pol in die Vagina gegen den Tumor applicirt wurde. Zunächst kein Erfolg, ebenso wie mit einer Electropunctur des Sackes von der Vagina aus. Nach 31 Sitzungen war indess der Tumor gänzlich verschwunden.

106) Brothers. *Frauenarzt. Nr. 6 u. 7 1889*[4]). Pat. 23 a. n., 7 Monate verheirathet, Menstruation früher sehr schmerzhaft, letzte vor 10 Wochen. Blutungen. Im

1) Ref. Centralbl. f. Gyn. 1888 p. 616.
2) Ref. Centralbl. f. Gyn. 1888 p. 869.
3) Ref. Jahresb. von Frommel 1889 p. 114.
4) Ref. Journal f. Geb. u. Fr. 89 p. 664.

rechten Scheidengewölbe ein Tumor. Diagn.: Extrauteringrav. Therapie: Electricität, starker Strom 15 Minuten durchgelassen. In 2 Wochen 8 Mal electrisirt, dann hörten Schmerzen auf. Nach 2 Monaten schwand der Tumor ganz. Nach 1 Jahr normal geboren.

107) Nedorodow. *Med. Rundschau, 37 p. 731*[1]). Pat. 23 a. n., hat 3 Mal geb., zuletzt im Nov. 89. Geburten waren normal. Letzte Regel 25. März 91. 21. April heftige Schmerzen im Unterleib, besonders der linken Seite. 26. April wehenartige Schmerzen und Blutung. Am nächsten Tage wieder Blutung und Schwindel. Der Uterus vergrössert. Links von ihm ein empfindlicher wallnussgrosser Tumor. Die Geschwulst vergrössert sich. 13. Juni wird N. consultirt. Status: Im aufgetriebenen Leib sind 2 Geschwülste zu constatiren. Rechts ein glatter, birnförmiger Tumor, welcher bis ein Fingerbreit über das Tuberc. ileopectineum dextrum reicht, links ein schmerzhafter, von ungleicher Consistenz bis 2 Fingerbreit über das Lig. Poupartii reichend. Schwangeschaftszeichen. Die rechte Geschwulst erweist sich als der vergrösserte Uterus. Die linke Geschwulst nimmt den Douglas'schen Raum ein. Die Geschwulst ist ungleich, kindskopfgross. Diagn.: Linke grav. tubaria im 3. Monat. Therapie: Electricität mit constantem Strom über den Tag. 26. Juni. Beginn mit der Electricität. Schmerzen und Blutung liessen für 8 Tage nach. Der Tumor hatte sich unterdessen etwas vergrössert. Negativer Pol auf die Geschwulst per vaginam, positiver Pol auf die Bauchdecken. Der Zustand bessert sich. Vom 14. Juli täglich Electricität. Der Tumor verkleinert sich. Am 11. Aug. wird Pat. gesund entlassen. Geschwulst nicht mehr zu fühlen. Am 30. Oct. normale Regel. Im nächsten Jahr normal schwanger.

108) Harrison. *Amer. Journ. of obst. 87. Januar bis April Sitzung am 15. Febr. 87*[2]). Patientin 27 a. n., hat 2 Mal zur richtigen Zeit geboren. Diagn.: Extrauteringrav. im 3. Monat. Therapie: Nach 2maliger Application des constanten Stromes verschwanden die Erscheinungen und Wohlbefinden trat ein. Aus Vorsicht noch 3 Mal applicirt.

109) Derselbe. Ibidem[3]). Pat. 31 a. n., hat 1 Mal geb. Diagn.: Tubenschwangerschaft im 3. Monat. Therapie: constanter Strom mit Erfolg.

---

1) Ref. Journal f. Geb. u. Fr. 92 p. 1241.
2) Ref. Centralbl. f. Gyn. 1888 p. 14.
3) Ref. Ibidem.

110) Bache Emmet. *Amer. Journ. of obst. 90 Juli Aug. Sitzung 15. April*[1]). Tubarschwangerschaft, welche nach Anwendung der galvanischen Electricität per Uterum ausgestossen wurde. Es bestand eine Anschwellung links vom Uterus, letzterer vergrössert und leer. Menses 2 Mal ausgeblieben. Schwangerschaftszeichon. 2 malige Anwendung des galvanischen Stromes (50 Mp.) ruft eine Verkleinerung des Tumors hervor, welche näher an den Uterus gerückt erscheint. Es entstehen Wehen, und es entleert sich eine Masse von geronnenem Blute mit intactem Ei, darauf die Decidua. Die Geschwulst war Anfangs ein Zoll von der Uteruswand entfernt.

Mit Electritcität wurde behandelt und verlief ungünstig.

111) Tuttle. *Journ. of the amer. med. assoc. 1889 Januar 19 p. 101*[2]) Diagn.: Beckencellulitis und Oophoritis dextra vielleicht Extrauteringrav. Therapie: Electricität ohne Erfolg. Verlauf: plötzlich traten Schmerzen ein und ein Foetus wurde per Rectum ausgestossen. Placenta blieb eingekeilt. Jeder Versuch sie zu entfernen, erregte heftige Schmerzen und Blutung. Der Tod trat ein unter den Zeichen innerer Verblutung. Section wurde nicht gestattet.

Nach Ausführung der Elytrotomie verliefen ungünstig:

112) Pinard. *Ann. de gyn. Paris 89. Bd. 31. 241—262*[3]). Incision des Fruchtsackes von der Vagina aus. Operation nach normalem Endtermin bei todter Frucht. Genesung.

113) Szumann. *Noviny learskie 90 p. 409—413 u. 541—551*[4]). Pat. 30 a. n., ist 8 Jahre verheirathet, hat 1 Mal geboren. Letzte Regel April 1888. Fühlt sich schwanger. Mitte Juli Blut und Haut ausgeschieden. Diagn.: Incompleter Abort. Auskratzung. Keine Besserung, Tumor aussen fühlbar. Sept. 1888 im ganzen Unterleib eine Tumormasse zu fühlen, nach der Scheide zu Fluctuation. Im October schnitt ein Breslauer Gynaecologe von der Scheide aus ein und drainirte. Besserung. Die Wunde schliesst sich bis auf eine kleine Fistel, stark stinkender Ausfluss, Fieber. 20.

1) Ref. Centralbl. f. Gyn. 1891 p. 204.
2) Ref. Centralbl. f. Gyn. 1889 p. 477.
3) Ref. Jahresb. f. Frommel 1889 p. 119.
4) Ref. Jahresb. von Frommel 1890 p. 122.

Octbr. breiter Einschnitt und Drainage von der Scheide aus. Multiple Abscesse entleeren sich durch Scheide und Bauchdecken nach Incision. Elimination der Frucht durch Eiterung, Genesung zu Weihnachten.

114) Rochet. *Gesel. f. Gyn. u. Geb. in Brüssel 91 Nr. 5*[1]). Pat. 27 a. n., hat 2 Mal geb. 1 Mal abortirt im Juni 90. Seitdem Menses unregelmässig, letzte Regel Mai 91. Schmerzen, besonders links. 9. Juni wenig blutiger Ausfluss, der 24 Stunden dauert. Nach $1^1/_2$ Monaten plötzlich heftige Schmerzen in Folge Anstrengung beim Stuhlgang. 3 Tage später Abgang schwärzlichen Blutes. Uterus etwa faustgross nach rechts verdrängt durch einen orangegrossen Tumor, der in der Rictung der linken Adnexe liegt. Diagn. Pyosalpinx. Therapie: 10. Aug. Hysteroectomia vaginalis. Bei Eröffnung des Scheidengewölbes floss eine ansehnliche Masse geronnenen Blutes heraus. Am lig. latum ein bedeutender Eitersack, der geöffnet wurde und die Operation beendet. Ein Foetus 3 Ctm. lang, 6 Wochen alt wird extrahirt. Zwischen dem 8. und 20. Tage nach Operation Abgang von gangränösen Resten der Placenta. Nach 4 Wochen Heilung.

115) Zweifel. *Arh. f. Gyn. Bd. 41. Heft 1 u. 2*[2]). Pat. 29 a. n., hat vor 10 Jahren 1 Mal geb., Geburt und Wochenbett normal. In den letzten 4 Jahren 3 Mal abortirt. Die Menstruation blieb April und Mai aus, viel Schmerzen im Kreuz und Unterleib. 9. Juni wurde nach starken wehenartigen Schmerzen ein fleischähnliches Stück geboren. Schmerzen werden stärker, Harnverhaltung. Status: Schwangerschaftszeichen. Hinter dem Uterus eine Geschwulst, die bis zum Nabel reicht, teigig, gleichmässig ausgedehnt. Uterushöhle 8 Ctm. leer. Diagn.: Hämotocele nach Berstung einer Extrauteringrav. Therapie: Elytrotomie 6. Juli 88. Verlauf: glatte Heilung. Foetus 4 Ctm. lang.

116) Solowjew. *Med. Rundschau Bd. 37, p. 307.* Pat. 28 a. n. 7. Septbr. aufgenommen, hat 4 Mal geb., letzte Regel 24. Juni. 4. Aug. geringe Blutung mit Wehen, erstere dauerte beständig bis zum 7. Sept. Erbrechen und Druck im Leibe. Status: Leib aufgetrieben. Muttermund verschlossen, Uterus nach rechts und vorne verdrängt. Die linke Seite und der Douglas angefüllt mit einer weich elastischen, schmerzhaften Geschwulst, deren obere Grenze aus dem Becken

1) Ref Centralblatt f. Gyn. 1891 p. 132.
2) Ref. Centralblatt f. Gyn. 1892 p. 60.

herausragt. Diagn.: Hämatosalpinx in Folge linksseitiger Tubarschwangerschaft ohne Ruptur. Therap.: Tumor verkleinert sich nicht, daher Elytrotomie am 14. Octbr. 91. Vom hinteren Scheidengewölbe Eröffnung des Fruchtsackes, aus welchem frisches Blut und alte Gerinnsel hervorquellen. Darauf Reinigung und Tamponade. Verlauf. Reactionslose Heilung.

Nach Ausführung der Elytrotomie verliefen ungünstig:

Barsony. *Orvosi Hetilap. 88. Nr. 50, 51 u. 53*[1]). Pat. 38 a. n. III para. Letzte Geburt vor 13 Jahren, letzte Regel vor 11 Monaten. Kind seit etwa 6 Wochen todt. Verdacht auf Extrauteringrav. Therapie: Elytrotomie im hinteren Scheidengewölbe. Durch diese Oeffnung eine 1650 Gr. schwere, 46 Ctm. lange Frucht entfernt. Ablösung der Placenta und Eihäute ohne Schädigung des Fruchtsackes. Tod an Peritonitis septica. Anat. Diagn.: Ovarialschwangerschaft.

118) Sutugin. *Zeitschr. f. Gyn. u. Geb. Bd. 24 Heft 1*[2]). Pat. erkrankte im 4. Monat der Gravidität nach einem Fall unter den Zeichen einer allgemeinen Peritonitis. Untersuchung: Im Abdomen ein Tumor, der den Nabel überragt, bei Berührung sich contrahirt von der Gestalt des Uterus. Kindstheile und -bewegungen deutlich fühlbar. Scheide durch einen Tumor verengt. Fieber und eitriger Ausfluss. Therapie: In die hintere Vaginalwand wird eingeschnitten, um den Eiter abzulassen. Starke Blutung, so dass Scheide tamponirt werden muss. 2 Stunden später war Pat. todt. Section: Die Placenta lag an der vordern Rectalwand. Der Foetus lag hinter und über dem Uterus. Beide Tuben und Ovarien finden sich leicht. Abdominalschwangerschaft.

119) Zweifel. *Arch. f. Gyn. Bd. 41 Heft 1 u. 2*[3]). Pat. 29 a. n. hat 3 Mal normal geboren. Periode stets stark und mit Uterinkrämpfen verbunden. Trat am 6. Juni 90 in die Klinik. Im Mai war die Menstruation 14 Tage zu spät eingetreten. Am 19. Mai plötzlich heftige Schmerzen und Ohnmacht, seitdem beständig Blutabgang. Status: Keine Schwangerschaftszeichen ausser Collostrum. Tumor im hintern Scheidengewölbe. Uterus, Tuben, Ovarien nicht zu fühlen.

1) Ref. Centralbl. f. Gyn. 1888 p. 385.
2) Ref. Centralbl. f. Gyn. 1892 p. 989.
3) Ref. Centralbl. f. Gyn. 1892 p. 60.

Harnverhaltung. Diagn.: Haematocele retrouterina. Therapie: Elytrotomie. Verlauf zuerst gut, dann Fieber und übelriechender Ausfluss; Tod am 23. Juni. Section: Linke Grav. tubaria. Frucht nicht vorhanden, aber Chorionzotten.

120) Sutugin. *Wratsch 92 p. 231*[1]). Pat. 33 a. n. hat 1 Mal geboren. Nach der Geburt wurde die Menstruation schmerzhaft und unregelmässig, letzte im Juli 86. Im Anfang des 4. Monats fiel sie hin und litt seitdem an Schmerzen. Untersuchung: Geschwulst im Abdomen bis 3 Fingerbreit über den Nabel. In derselben Kindstheile und -bewegungen. Hartwerden des Tumors ist dazwischen zu constatiren. Diagn.: Hämatocele bei Uterinschwangerschaft. Therapie: Incisionen in das hintere Scheidengewölbe. Sehr starke und unstillbare Blutung. In der Wunde ist die Placenta zu fühlen. Pat. sehr bald pulslos, so dass Laparotomie nicht möglich. Nach 2 Stunden starb Patientin. Section: Hinter und etwas über dem Uterus liegt der Fruchtsack. Uterus vergrössert. Beide Tuben mit der vorderen Wand des Fruchtsackes verwachsen, die Fimbrien der linken sind kaum zu erkennen an der Oberfläche desselben. Linkes Ovarium nicht zu finden. Placenta haftet an der hinteren Fläche des Uterus. Abdominalschwangerschaft.

121) Treymann. *Ptsb. med. Wochenschr. 89, p. 321.* Pat. 27 a. n. Diagn.: Extrauteringrav. im 7. Monat mit lebendem Kind. Pat. hat vor 8 Jahren 1 Mal geboren, hat beständig an Unterleibsbeschwerden gelitten. 7. Juli 88 letzte Periode. 28. Aug. plötzlich heftige Schmerzen mit Ohnmacht. Vom October an anfallsweise an Ohnmacht und Schmerzen gelitten. Vor 10 Tagen heftige Wehenschmerzen, Kindsbewegungen. Status: Wehenartige Schmerzen. Rechts im Abdomen ein Tumor von der Grösse eines Uterus im 7.—8. Monat. Uterushöhle 9 Ctm. Therapie: 1. Febr. Colpotomie. Extraction der 7-monatlichen Frucht und Ausspülungen des zurückbleibenden nicht geborstenen Sackes. Verlauf: Tod an Sepsis am 10 Febr.

Nach Totalexstirpation in den 4 ersten Monaten und vor Ruptur verliefen günstig:

122) Jahoda. *Geb. gyn. Gesel. in Wien 14. Januar 90*[2]). Pat. 35 a. n., hat rechts und hinten vom vergrösser-

1) Ref, Zeitschr. für Geb. u. Gyn. Bd. 24 Heft I.
2) Ref. Centralbl. f. Gyn. 1890. p. 857.

ten und anteflectirten Uterus einen kindskopfgrossen empfindlichen elastischen Tumor. Therapie: Der Tumor ist allenthalben mit dem Peritoneum verwachsen, platzt bei stumpfer Loslösung und ein 17 Ctm. langer Foetus und seröseitrige Flüssigkeit treten in die Bauchhöhle. Toilette. Drainage nach Vagina. Ausgang: Nach fieberhaftem Verlauf Genesung. Anat. Diagn.: Das abdominale Ende der Tube geht in den dicken Fruchtsack über, Ovarium an der Hinterseite desselben. Placenta an der hinteren Wand.

123) Koteljanski. *Med. obozr. 90. Bd. 33. p. 919—927* [1]). Pat. 28. a n. Letzte Regel 15. Jan. 90, hat 2 Mal geb., zuletzt vor 5 Jahren. War mehrere Male erkrankt an linksseitiger Perimetritis. Status: 10 März 90. Schmerzen im Unterleib, Meteorismus, Uterus vergrössert. Diagnose: Schwangerschaft, Uretritis und Behandlung der letzteren. Am 26. März 90 unter Symptomen innerer Blutung mit Aussenblutung und Deciduaabgang entsteht ein hühnereigrosser Tumor rechts vom Uterus, mit demselben durch einen Strang verbunden. Therapie: 30. März Laparotomie. Rechte Tube wurstförmig. Der Stiel des Tumors wird abgebunden und versenkt. Frucht $3^1/_2$ Ctm. lang im intacten Fruchtsacke. Laparokelhyphoectomie. Genesung und Austritt am 20. Tage. Anat. Diagn.: Grav. tubaria. Haematosalpinx.

124) Fantino. *Riv di Ost. e Gin. 91 Nr. 7* [2]). Linksseitige Haematosalpinx von gut Daumendicke wird diagnosticirt. Typische Salpingektomie. Die Untersuchung des Präparates ergiebt Tubarschwangerschaft mit einem bis zur 4. Woche entwickelten Foetus. Die Tube war nicht geplatzt. Heilung.

125) Schneider. *Deutsch. med. Wochenschr. 92 Nr 37* [3]). Pat. 31. a. n. hat 2 Mal geboren. Menses seit 4 Wochen unregelmässig. Blutungen und anfallsweise auftretende Schmerzen in der linken Seite. Uterus vergrössert, links neben ihm eine prallelastische Geschwulst. Deciduaabgang. Diagn.: Linksseitige Tubargrav. im 3. Monat mit intraligamentaerer Entwickelung des Fruchtsackes. Therapie: Laparotomie am 16. Octbr. 90 nach erfolgtem Fruchttodt. Exstirpation des Fruchtsacks, Heilung.

---

1) Ref. Jahresb. v. Frommel 1890 p. 125.
2) Ref Centralbl. f. Gyn. 1891 p. 1027.
3) Ref. Centralbl. f. Gyn. 1892 p. 991.

126) Zweifel. *Arch. f. Gyn. Bd. 41. Heft 1 u. 2* [1]). Pat. 28 a. n. hat 3 Mal normal geb. zuletzt vor einem halben Jahr. Letzte Regel 18. April. Am 10. Juni Blutung mit wehenartigen Schmerzen, welche bis zum 4. Juli dauerten. Status: Uterus vergrössert, links von ihm ein apfelgrosser Tumor. Rechte Tube verdickt. Diagnose: gestellt. Therapie: Laparotomie. Linke Tube ist in einen hühnereigrossen, mit dem Ovarium und Uterus verwachsenen, Tumor verwandelt. Stumpfe Losschälung, dabei Ruptur des Tumors und Entleerung einer Menge Blut ins Abdomen. Abbindung und Exstirpation. Heilung glatt afebril. Anat Diagn.: Linke Tubenschwangerschwaft. Chorionzotten nachweisbar.

127) Zweifel. *Arch. f. Gyn. Bd. 41 Heft 1 u. 2* [2]). Pat. 22 a. n., hat 1 Mal vor 3 Jahren geb. Menstruation die beiden letzten Monate unregelmässig. Keine Schmerzen. Status: Anämisch, Uterus nicht vergrössert, an seiner linken Kante ein apfelgrosser Tumor, welcher mit der Tube zusammenhängt. Rechte Tube verdickt, rechtes Ovarium vergrössert. Diagn. Ovarialcystom. Therapie: Lap., linke Tube und Ovarium innig verwachsen. Bei der Ablösung derselben platzt der Sack und Entleerung von Blut in die Bauchhöhle. Abbinden. Abbrennen. Glatte Heilung. Anat. Diagn.: linke Tubenschwangersch. Chorionzotten nachweisbar.

128) Rein. *Geb. gyn. Ges. in Kiew 11. Mai 1890* [3]). Pat. 24 a. n., hat vor 5 Jahren ein Mal geboren. Verspätung der Menses um 9 Tage, nachher unregelmässige Blutungen. In der Regio hypogastrica ein kindskopfgrosser Tumor. Diagn.: Zweifelhaft zwischen Extrauteringrav. und Salpingitis. Therapie: Laparotomie 6—7 Wochen nach Beginn der Blutungen nach dem Typus der Salpingotomie Foetus todt. Anat. Diagn.: In der Tube etwa 1 ℥ flüssigen Blutes und Coagula, keine Eitheile. Im Ovarium ein Corpus luteum verum. Tubarschwangersch. im 2. Monat. Genesung.

129) Orthmann. *Ges. f. Geb. u. Gyn. zu Berlin. Sitzg. 23. März 1889* [4]). Pat. 32 a. n., am 22. Febr. in die Martinsche Anstalt aufgenommen. Letzte Menstruation Ende Nov. 88, seitdem unregelmässige Blutungen. Pat. hat nie geboren, vor 12 Jahren abortirt. Status: Links vom ver-

1) Ref. Centralbl. f. Gyn. 1892 p. 60.
2) Ref. Centralbl. f. Gyn. 1802 p. 60.
3) Ref. Centralbl. f. Gyn. 1892 p. 970 u. Wratsch 90 pag. 567.
4) Ref. Zeitschr. f. Geb. u. Gyn. Bd. 20, p. 160 u. Centralbl. f. Gyn. 1889 p. 313

grösserten Uterus eine rundliche, faustgrosse, elastische Geschwulst. Diagn.: Ovarialtumor. Therapie: Lap. 25. Febr. mit Exstirpat. des ganzen Fruchtsackes. Verlauf: Glatte, fieberlose Genesung, Entlassung am 14. März. Anat. Diagnose: Rechtsseitige Tubarschwangerschaft im 2.—3. Monat.

130) Czempin. *Ges. f. Geb. u. Gyn. zu Berlin 25. Okt. 89*[1]). Pat. 36 a. n., seit 12 Jahren steril verheirathet. Seit 3 Mon. Amennorrhoe. Schmerzen in linker Seite. Befund: Links vom nicht vergrösserten Uterus ein faustgrosser Tumor, 8 Tage später Abgang einer Decidua. Diagnose: Extrauteringrav. Therapie: Laparotomie bei lebender Frucht im 3. Mon. mit Totalexstirpat. des Fruchtsackes. Glatte Genesung. Anat. Diagn.: Linke Grav. tubaria.

131) Orthmann. *Ges. f. Geb. u. Gyn. in Berl. 27. Febr. 90*[2]) Pat. 33 a. n. Am 21. Dec. hatten Blutungen angefangen und Schmerzen in der linken Seite. 2 Tage vor Aufnahme tiefer Ohnmachtsanfall, der sich noch einige Male wiederholte. Letzte Regel Ende Nov. 89. Pat. hat 4 Mal geb., zuletzt vor $2^1/_2$ Jahren, und 2 Mal abortirt, zuletzt vor 6 Jahren. Befund: Links neben dem Uterus ein kindskopfgrosser Tuboovarialtumor. Therapie: 1 Febr. Lapar. Bauch voll Blut. Beim Hervorheben des Tumors stösst sich aus dem abdominalen Orificium der Tube ein klein hühnereigrosses festes Coagulum. Tube und Ovarium werden exstirpirt. Reinigung. Blutung ins Abdomen offenbar durchs Tubenlumen. Am 19. Febr. geheilt entlassen.

132) Carsten. *Ibidem Sitzg. 9. Jan. 89*[3]). Pat. 30 a. n., II gravida, hat vor 9 Jahren 1 Mal geboren. Letzte Menstruation Ende Mai. Im Juni Menstruation 8 Tage verspätet. Darauf 7-wöchentl. Blutung und schwer leidender Zustand. Der wenig vergrösserte Uterus ist nach links verdrängt, breit mit ihm zusammenhängend eine Geschwulst, welche in den Douglas und bis zur Beckenwand reicht. Therapie: 11. Aug. Lapar. und Totalexstirpat. des Tumors. Anat. Diagn.: Intraligamentäre, rein tubare Gravid. ein Knötchen scheint der Foetus zu sein. Glatte Genesung.

133) Hünermann. *Berl. klin. Wochenschr. 92. p. 1145.* Pat. 23 a. n. Nullipara. Letzte Menstruation 15.

1) Ref. Centralbl. f. Gyn. 1889 p. 820.
2) Ref. Zeitschr. f. Geb. u. Gyn. Bd. 20 p. 165 u Centralbl. f. Gyn. 1891 p. 244.
3) Ref. Centralbl. f. Gyn. 1391 p. 129 u. Wratsch. 91 p. 646.

Febr. 91. 14 Tage darauf heftige Schmerzen in der rechten Seite des Unterleibes, welche in 2—3 wöchentlichen Zwischenräumen wiederkehrten. In der Poliklinik konstatirte man rechts neben dem Uterus einen Tumor, der sich in der nächsten Zeit vergrösserte. Uterus nahm zu. Therapie: Lapar. 27. Mai 91 mit Exstirpat. des ganzen Sackes. 13. Juni geheilt entlassen. Anat. Diagn.: Foetus 15 cm. Fruchtsack wird vom lateralen Ende der Tube gebildet.

134) Orthmann. *Zeitschr. f. Geb. u. Gyn. Bd. 20 p. 145.* Pat. 39 a. n. Am 29. April 89 wegen starker Schmerzen im Unterleib in die Anstalt gebracht. Regeln waren früher schmerzhaft, letzte Jan. 89. Pat. hat 2 Mal geboren, zuletzt vor 14 Jahren, 3 Mal abortirt. Pat. glaubt im Febr. nach einem einmaligen Ausbleiben der Regel abortirt zu haben, seitdem blutet sie. Status: Uterus nicht vergrössert, links neben ihm ein apfelgrosser, rundlicher Tumor. Rechte Adnexe normal. Diagn.: Tumor ovarii sinistri. Therapie: Lap. 30. Apr. 89. Ovario-Salpingothomia sinistra. Beim Versuch den Tumor hervorzuholen platzt eine Ovarialcyste und entleert einen hellen Inhalt. Dieselbe wird abgebunden und exstirpirt. Reinigung. Glatter Verlauf. 18. Mai geheilt entlassen. Anat. Diagn.: Grav. tubaria sinistra. Mens. II.

135) Derselbe. Ibid. Pat. 32 a. n. 19. Juli 89 aufgenommen. Klagt über andauernde Blutungen seit April. Letzte Regel im März. Pat. hat 7 Mal geboren, zuletzt vor 2 Jahren, normal, kein Abort. Status: Uterus wenig vergrössert, links neben ihm ein stark hühnereigrosser Tumor. Diagn.: Unsicher, vielleicht Extrauteringrav. Therapie: 20. Juli Lapar. Ovario-Salpingotomia sinistra. Die verdickte Tube wird hervorgeholt. In Verbindung mit derselben steht eine Ovarialcyste, welche bei Herausnahme platzt und eine helle, seröse Flüssigkeit ergiesst. Beide werden abgetragen nach Unterbindung. Verlauf: Glatt. 5. Aug. geheilt entlassen. Anat. Diagn.: Grav. tubaria sinistra menses I bis II. Chorionzotten nachweisbar.

136) Ott. *Wratsch 90 pag. 995.* Pat. 34 a. n., klagt über wehenartige Schmerzen im Unterleib und profuse Menstruationen, bei der letzten ging etwas Dickes ab. Nullipara. Status: Uterus vergrössert. Katarrhalische Endometritis, Perimetritis, Perioophoritis, welche bei Behandlung sich bessern. Menstruation wird wieder normal. Mitte Novemb. 89 kommt Pat. wieder, Menstruation war ausgeblieben, letzte

war am 25. Sept. Am 1. Novemb. haben Blutungen begonnen, ausserdem Schmerzen im Unterleib, besonders links. Uterus wenig vergrössert, Adnexe normal, blos etwas schmerzhaft. Diagn.: Zuerst Uterinschwangerschaft. Als am 5. Jan. ein hühnereigrosser Tumor links vom Uterus fühlbar wird und derselbe wächst, wird Diagn. Extrauteringrav. gestellt. Therapie: Lapar. 1. Febr. Losschälung des Sackes, Unterbindung und Exstirpation der linken Adnexe und des Fruchtsackes. Genesung und Entlassung 5 Wochen nach der Operation. Anat. Diagn.: Linke Tubarschwangerschaft. Mens. I—II$^1/_2$.

137) Saenger. *Ges. f. Geb. u. Gyn. zu Leipzig 18. Nov. 89* [1]). Pat. 28 a. n., hat 1 Mal vor 5 Jahren geboren Zwillinge. Im laufenden Jahre 3 Mal abortirt, zuletzt vor $3^1/_2$ Wochen, ohne dass Menses ausgeblieben waren. Anhaltende Schmerzen im Leibe und Blutabgang bestehen. Decidua war abgegangen. Status: Links vom dextrovertirten Uterus eine apfelgrosse Geschwulst, von welcher eine schlauchartige zum Douglas zu ausging, Geschwulst wuchs, Schmerzen, Blutung. Therapie: Laparot. Man stiess auf die linke, am Abdominalende keulenförmig aufgetriebene, blauschwarze Tube, welche mit Därmen und Netz das Dach einer faustgrossen Ansammlung von Blut bildete. Tube und Ovarium werden abgebunden und exstirpirt. Anat. Diagn.: Gravid. tubaria. Mens I. tubarer Abort. Haematocele intraperitonealis. Haematosalpinx.

138) Fritsch. *Bericht über die gynaekol. Oper. d. Jahrg. 91/92 p. 149.* Pat. hat 4 Mal geboren, zuletzt vor 3 Jahren. Im Mai Diagnose gestellt, linksseitige intraligamentäre Extrauteringrav. von 4 Monaten. Therapie: Laparot. 9. Mai Totalexstirpation. Beim Hervorholen der Geschwulst platzt dieselbe und ein lebensfrischer 4-monatlicher Foetus kommt zum Vorschein. Langsamer, fieberfreier Verlauf, Heilung.

139) Carsten. *Ges. f. Geb. u. Gyn. zu Berl. Sitzg. 9. Jan. 89* [2]). Von Fläischlen operirt. Pat 28 a. n., hat 1 Mal vor 6 Jahren geboren. Seit 8 Wochen Blutung ohne dass die Periode ausgeblieben wäre. Therapie: Lapar. 18. Dec. Losschälung des Sackes, der dabei platzte und Blutaustritt in die Bauchhöhle. Exstirpat. Genesung. Anat. Diagn.: Linksseitige, gestielte Tubenschwangerschaft.

1) Ref. Centralbl. f. Gyn. 1890 p. 525.
2) Ref. Wratsch 91 p. 646 u. Centralblatt f. Gyn. 91 p. 129.

140) Späth. *Zeitschr. für Geb. u. Gyn. Bd. 16, p. 269.* Operateur Prochownik. Pat. am 14. Oct. 1888 aufgenommen 32 a. n., früher nie krank gewesen, vor 4 Jahren einmal geboren, Wochenbett normal. Anfang Septbr. blieb Menstruation aus. Vom 25. Septbr. an geringe Blutungen, Schwangerschaftszeichen. Status: 14. Octbr. Uterus vergrössert, hinten und links neben ihm eine faustgrosse Geschwulst die sich vom Uterus abgrenzen lässt. Sondirung des Uterus wies Leerheit desselben nach. Der Tumor wächst. Diagn.: Grav. tubaria sinistra. Therapie: Lapar. 16. Oct. Bei Losschälung der Geschwulst platzt dieselbe. Totalexstirpation nach Unterbindung der Basis. Nach 2 Tagen ging die Decidua ab. Verlauf: Langsam. 8. Decbr. geheilt entlassen. Anat. Diagn.: Foetus im 4. Monat, Fruchtsack am Abdominalende der Tube.

Nach Totalexstirpation in den 4 ersten Monaten vor Ruptur verliefen ungünstig:

141) Herzfeld. *Wiener klin. Wochenschr. 92 pag. 405.* Pat. 32 a. n., hat mit 11 Jahren eine Bauchfellentzündung überstanden. Die Regeln waren immer schmerzhaft, letzte Novbr. 91. Am 5. Jan. unter Schmerzen eine profuse Blutung, welche 5 Tage dauerte, dann abnahm. Am 2. Januar wieder Blutung mit krampfartigen Schmerzen, wobei der Leib aufgetrieben wurde. Status: Schwangerschaftszeichen. Im Abdomen ein Tumor der bis ein Querfinger unter den Nabel reicht. Der Tumor hat die Grösse eines grav. Uterus des 6. Mon. und zeigt einen oberen, linken, derben und einen rechten, unteren, weichen Antheil. Im kleinen Becken ein Tumor, anscheinend fixirt, der in den andern Tumor übergeht, von derb elastischer Consistenz. Pat. bleibt eine Woche zu Bett. Andauernde Schmerzen, geringe Blutung, Tumor wächst. Diagn.: Rasch wachsendes Myoma uteri bei 3 monatl. Schwangerschaft. Therapie: 20. Febr. Lapar. Ein Fibrom wird entfernt. In der rechten Beckenbucht ein faustgrosser Tumor der als extrauter. Fruchtsack erkannt wird und bei der Losschälung platzt, wobei sich viel Blut ins Abdomen ergiesst. Abbindung. Abtragung. Toilette des Abdomens. Anat. Diagn.: Grav. tubaria dextra, kein Foetus. Decidua und Chorionzotten nachweisbar. Fibroma uteri. Verlauf: Afebril bis zum 25. Februar, wo Temperatur auf 38,3 steigt, Puls 100, und plötzlicher Collaps und Tod eintritt. Section: Peritonitis purulenta ex suppuratione vulneris laparotomiae factae propter graviditatem extrauterinam ante dies VI.

142) Orthmann. *Zeitschr. f. Geb. u. Gyn. Bd. 20 p. 145.* Pat. 32 a. n., klagt über starke Schmerzen in der rechten Seite. Pat. hat 1 Mal vor 8 Jahren normal geboren. Letzte Regel vor 8 Tagen. Status: Rechts und hinter dem Uters ein faustgrosser und höckriger Tumor tuboovariellen Ursprungs, links Adnexe auch verdickt. Therapie: Lapar. am 10. Octbr. Ovario-Salpingotomia duplex. Totalexstirp. des Sackes, welcher bei der Ausschälung platzt. Reinigung der Bauchhöhle vom Blut. Hydrosalpinx sinistra bestand auch. Verlauf: In den ersten Tagen Befinden gut, Erbrechen. Am 6. Tage Symptome von Ileus, daher Lapar. secundaria. 7 Stunden nach derselben Exitus letalis. Anat. Diagn.: Grav. tubaria dextra mens 1—2.

143) Massen. *Geb. gyn. Gesel. in Ptsb. Sitzg. 22. Septb. 88*[1]). Pat. 29 a. n., wird am 15. Febr. in Slawianski's Klinik aufgenommen, klagt über einen vor 2 Mon. entstandenen Tumor im Leibe. Hat 3 Mal geboren. Letzte Menstruation 7. Novbr. 1887. Hat zuerst 2 Mon. Schmerzen und Erbrechen gehabt. Status: Im Abdomen eine bewegliche, unempfindliche, kindskopfgrosse Geschwulst. Uterus vergrössert und nach rechts gedrängt. Tumor links. Diagn.: Ovarialcyste, oder Extrauteringrav. Am 23. Febr. plötzlich heftige Schmerzen und Zeichen der inneren Blutung. Therapie: Lapar. an der Collabirten. Im Abdomen viel Blut. Die Geschwulst wird hervor gewälzt und erweist sich als das schwangere linke Horn eines Uterus bicornes. Im Bauchfell, das es bedeckte, fand sich ein zerrissenes Gefäss. Fruchtsack und Wände des Hornes waren heil. Unterbindung und Exstirp. des Fruchtsackes. In demselben ein Foetus von 4 Monaten. Verlauf: Allgemeiner Verfall der Kräfte und am 4. Tage Tod. Section: Adnexe normal. Horn ging ab von der linken Ecke des Fundus.

Nach Totalexstirpation in den 4 ersten Monaten vor Ruptur, verliefen ohne Angabe des Ausganges:

144) Zweifel. *Vorlesungen über klin. Gynaek. p. 281*[2]). Pat. 27 a. n., hat 2 Mal geboren in den letzten 3 Jahren. Menstruation früher immer unregelmässig gewesen. Blutungen vom 1. Sept. bis 10. Nov. Status: Uterus vergrössert.

1) Ref. Wratsch 1888 p, 779.
2) Ref. Centralbl. f. Gyn. 91 p. 747.

In den Parametrien ein mannskopfgrosser Tumor, keine Schwangerschaftszeichen. Therapie: Zuerst Versuch von der Scheide aus den Fruchtsack zu eröffnen, weil aber immer ein Knollen in der Wand blieb, musste Lapar. angeschlossen werden, wobei Fruchtsack aus starken Verwachsungen losgelöst und exstirpirt wurde. In der Bauchhöhle kein Blut. Anat. Diagnose: Rechtsseitige Tubarschwangerschaft. Tubarabort. Haematocele.

145) Lewy. *Geb.-Gesell. zu Hamburg. Sitzung 14. März 1888*[1]). Demonstrirt einen wegen Tubenschwangerschaft exstirpirten Tubensack, welcher dem dritten Monat der Gravidität entspricht. Bei der Herausnahme war das Ei geplatzt. Nach Abbindung werden Tube und Ei entfernt.

146) Bröse. *Gesell. f. Geb. zu Berlin. Sitzung 8. März 1889.* II para Letzte Periode 24. Decbr. 1888. 4. März 1889 Blutung. 5. März ging die Decidua ab. Therapie: Lapar. 7. März. Totalexstirp. Anat. Diagn.: Linke Tubenschwangerschaft. Rechtsseitige Haematosalpinx. Keine Ruptur.

147) Hawley. *New-York. med. journ. Juni 16. 1888*[2]). Pat. 39 a. n., hat 9 Mal geboren, blutet. In der Gegend des rechten Ovariums eine taubeneigrosse Geschwulst, welche wächst. Diagn. gestellt. Therapie: Lapar. Totalexstirp. des Fruchtsacks, welcher nicht geborsten.

148) Tuttle. *Amer. journ. of obst. 89. Juli, Aug., Sept.*[3]). Laparot. wegen Tubenschwangerschaft. Tube faustgross, wird entfernt, in derselben ein Zoll langer Foetus.

149) Orthmann. *Zeitschr. f. Geb. u. Gyn. Bd. 20 p. 145.* Pat. 34 a. n. Letzte Regel 5. Febr. Vom 15. März ununterbrochene Blutungen. Pat. hat 3 Mal geboren, zuletzt vor 2 Jahren, immer normal. Status: Das Collum scheint in einen Tumor überzugehen, der ziemlich gross und weich. Später fühlt man auch den Fundus Uteri, so dass die erste Diagnose: Retroflexio uteri gravidi fallen gelassen wird und dieselbe auf Ertrauteringrav. gestellt. Therapie: 9. Mai Lapar. Ovario-Salpingotomia dextra. Abbindung und Exstirpation des Tumors. Anat. Diagn.: Gravid. tubaria dextra mens II. Uterus vergrössert.

---

1) Ref. Centralbl. f. Gyn. 1889 p. 159.
2) Ref. Journ. f. Geb. u. Fr. 1888 p. 678.
3) Ref. Centralbl. f. Gyn. 1890 p. 252.

Nach der Totalexstirp. in den 4 ersten Monaten nach Ruptur verliefen günstig:

150) Strobach. *Inaug.-Diss. Berlin 1887* [1]). Geborstene Tubenschwangerschaft mit Hämatocele. Therapie: Laparot. mit Totalexstirp. des ganzen Fruchtsackes. Foetus der 6. Woche entsprechend macerirt. Ausgang: Reactionslose Heilung.

151) Tipjakow. *Centralbl. f. Gyn. 1890 pag. 809.* Pat. 27 a. n., 24. Febr. ins Krankenhaus aufgenommen. Status: Schwach, fast ohne Puls, Temperatur 40°. Schmerzen und blutiger Ausfluss im Laufe der letzten Monate. Erbrechen, Urinbeschwerden. Hat 1 Mal normal geboren. Nach der Geburt 3 Monate krank und die Menstruation seitdem schmerzhaft. Letzte Regel $2^1/_2$ Monat vor Eintritt. Am 22. Febr. plötzlicher Schmerz, Blutung und Kräfteverlust. Untersuchung: Unterleib schmerzhaft, geschwollen und hart, besonders in der linken Inguinalgegend. Uterus vergrössert, hart, empfindlich, Sonde dringt 8 Ctm. ein. Linke Tube und Ovarium stark geschwollen, fluctuirend. Rechts und hinter dem Uterus ist die Geschwulst hart, kindskopfgross. Diagn.: Extrauteringrav. Therapie: Lapar. Exstirpat. der linken Adnexe. Reinigung der Beckenhöhle. Verlauf: Genesung nach 2 Monaten. Anat. Diagn.: Rechte Tube und Ovarium normal, linke Tube ebenfalls, linkes Ovarium nicht zu finden, statt dessen eine grosse zerstörte Höhle. Foetus und Placenta im Douglas. Foetus $2^1/_2$ Monat alt. Ovarialschwangerschaft.

152) Bidder. *Protoc. d. Vereins St. Ptsb. Aerzte. Sitzung 5. Febr. 91* [2]). Pat. 37 a. n., hat 2 Mal geboren, zuletzt vor 11 Jahren, seitdem öfters Schmerzen im Leibe. Letzte Menstruation October 90. Am 20. Novbr. Diagn. auf Extrauteringrav. gestellt. Stetig wachsender Tumor hinter dem Uterus. Am 5. Decbr. plötzlich schwerer Collaps: Allmähliche Erholung. Krankheitsbild, Haematocele. Nachher noch 2 solche Anfälle. Therapie: Lapar. und Exstirp. des ganzen Fruchtsacks. Verlauf: Vereiterung der Bauchnaht unter Fieber. Genesung. Anat. Diagn.: Tubenschwangerschaft (tubo-abdominal). Foetus $8^1/_2$ Ctm.

153) Meinert. *Centralbl. f. Gyn. 1888 p. 861.* Pat. 27. a. n. Nullipara. In den letzten 3 Jahren schmerz-

1) Ref. Centralbl. f. Gyn. 1888 p. 127.
2) Ref. Ptsb. med. Wochenschr. 91 p. 135.

hafte Menstruationen und seit einem Jahre unbehagliche Empfindungen in der linken Seite. Letzte Menstruation 7. Juni 1888. 28. Juli Erbrechen, geringer Blutabgang. 4. Aug. Blutabgang, kalter Schweiss, heftige Schmerzen. 12. Aug. Abgang einer Decidua, vollständiger Abguss des Uterus. 18. und 25. Aug. wieder solche Anfälle. 1. Septbr. wieder Anfall mit tiefem Collaps. Diagn.: Rupturirte, linke Tubarschwangerschaft mit innerer Blutung. Therapie: Lapar. 6. Septbr. Exstirpat. des Fruchtsackes mit Ovarium und $^3/_4$ Tube. Reinigung der Bauchhöhle. Am 24. Tage gesund entlassen. Anat. Diagn.: Linke Tuboabdominalschwangerschaft. Foetus $9^1/_2$ Ctm. lang.

154) Wiborgh. *Eira 1888 Nr. 8*[1]). Pat. 28 a. n., hat 2 Mal normal geboren. Letzte Menstruation Decbr. 87. Am 14. März Zeichen innerer Blutung. Diagn. gestellt. 12 Stunden später Lapar. Therapie: Laparot. an der Collabirten mit Entfernung des Eies mit 4-monatlichem Foetus. Uterus vergrössert. Glatte Heilung. Entlassung am 4. Mai. Anat. Diagn.: Rechtsseitige Grav. tubaria.

155) Bernays. *Deutsche med. Wochenschr. 90. Nr. 31*[2]). Pat. 28 a. n., I Gravida. Menses seit $2^1/_2$ Monaten ausgeblieben. Plötzlich heftiger Unterleibsschmerz, bald darauf Blutabgang. Seitdem Schmerzen und Blutung. Untersuchung: Vergrösserter Uterus. Im rechten Parametrium ein faustgrosser Tumor. Diagnose: Innere Blutung, wahrscheinlich in Folge geplatzter Extrauterinschwangerschaft. Therapie: Lapar., in der Bauchhöhle Blut. Keine Toilette nach Abtragung des Tumors. Nach 3 Wochen gesund entlassen. Anat. Diagn.: Rechte Tubarschwangerschaft von 12—14 Wochen.

156) Derselbe. Ibidem[3]). Pat. 25 a. n., II grav. Letzte Menstruation Ende December 89. Im 3. Monat Blutung mit Abgang von Deciduafetzen. Plötzlich Collaps, Leibschmerzen. Diagn.: Innere Blutung, wahrscheinlich in Folge geplatzter Extrauterinschwangerschaft. Therapie: Lapar. 2—4 Litr. Blut im Abdomen. Rechtsseitiger Tubentumor von dem jedoch der grössere Theil im rechten Uterushorn lag. Exstirpat. des Eisackes. Schnitt lag schon im Uterusgewebe, keine Toilette, es blieb Blut im Abdomen zurück.

---

1) Ref. Centralblatt f. Gyn. 1888 p. 676 u. Wratsch 89 p. 522.
2) Ref. Centralblatt f. Gyn. 1890 p. 739.
3) Ref. Ibidem.

Ausgang: Genesung. Anat. Diagn.: Rechtsseitige interstitielle Grav.

157) Mc. Murtry. *Amer. Journ. of obst. 89. Oct. p. 1042*[1]). Pat. 28 a. n., hat am 8. Dec. 1888 1 Mal geboren. 8. März 89 kehrten Menses zurück. Dieselben waren regelmässig bis Mai, blieben von da an aus und Schwangerschaftszeichen traten auf. 26. Juni plötzlich heftige Schmerzen im Becken mit Blutungen, die 1 Woche dauerten. Nach 1 Woche wieder so ein heftiger Anfall. 27. Juli ein besonders starker Anfall mit Collapserscheinungen. Befund: Collapserscheinungen. Leib aufgetrieben, schmerzhaft. Uterus nach links gedrängt. Blutiger Ausfluss. Therapie: Totalexstirpation. Reinigung des Abdomens. Glatte Genesung. Anat. Diagn.: Rechte, geborstene Tubenschwangerschaft.

158) L. Tait. *Brit. med. Journ. 90 I. p. 15*[3]). Pat. 26 a. n. Die erwartete Periode blieb vor 2 Wochen aus. Plötzlicher Collaps. Therapie: Lapar. an der Pulslosen. Totalexstirp. der rechten geplatzten schwangeren Tube. Mehrere Pfund geronnenes Blut werden aus der Bauchhöhle entfernt. Allmähliche Genesung. Am 5. Tage nach Operation wurde eine charakteristische Decidua ausgestossen.

159) Zweifel. *Arch. f. Gyn. Bd. 41 Heft 1 u. 2*[3]). Pat. 23 a. n., hat 3 Mal geboren, zuletzt vor 1 Jahr normal. Letzte Regel 15. März 91. 29. März stärkere Blutung. Status: Sehr anämisch, in der rechten Unterleibsgegend ein kindskopfgrosser Tumor von prallelastischer Consistenz, gleichmässig ausgedehnt, rechts Tuben und Ovarien nicht zu tasten, links leicht. Diagnose: Rechtsseitige Tubenschwangerschaft. Therapie: Totalexstirpat. Im Abdomen viel Blut. Glatte Genesung. Anat. Diagnose: Bestätigung der Diagnose. Kein Foetus, aber Chorionzotten nachweisbar.

160) Derselbe. Ibidem[4]). Pat. 34 a. n., hat 2 Mal geboren, zuletzt vor 6 Jahren. Frau war immer gesund. Letzte Regel vor 3 Monaten. 20. Mai plötzlich heftige Schmerzen. Status: Sehr anämisch, keine Schwangerschaftszeichen. Eine Decidua geht ab. Kleine, derbe apfelgrosse Geschwulst. Uterus wenig vergrössert. Diagn.: Rechte Tubarschwangerschaft. Therapie: Laparot. 29. Mai. Im

1) Ref. Centralbl. f. Gyn. 1890 p. 861.
2) Ref. Centralbl. f. Gyn. 1891 p. 375.
3) Ref. Centralblatt f. Gyn. 1892 p. 60.
4) Ref. ibidem.

Abdomen viel Blut. Abbinden. Abbrennen. Entfernung der Blutmassen aus dem Abdomen. Fieberfreie glatte Genesung. Anat. Diagn.: Bestätigung der Diagnose. Nachweis von Chorionzotten.

161) Derselbe. Ibidem[1]). Pat. immer gesund gewesen. Menstruationen waren schmerzhaft. Hat 2 Mal geboren und 2 Mal abortirt. April und Mai blieben die Regeln aus und Schwangerschaftsempfindungen. 30. April heftige Schmerzen. Vom 4. Mai ab anfallsweise auftretende, heftige Schmerzen, welche zum Oberschenkel und Rücken ausstrahlten. Harnbeschwerden. 29. Mai blutgefärbter, stinkender Ausfluss ohne Stücke. Status: Sehr elend und anämisch. Schwangerschaftszeichen. Uterus vergrössert, rechts von ihm ein unregelmässiger, empfindlicher Tumor. Diagn.: Rechte, geborstene Tubengrav., und Bildung einer Hämatocele. Therapie: Elytrotomie, an welche, da nicht sicher ob Communication mit Bauchhöhle besteht, Lapar. angeschlossen wird. Abdomen angefüllt mit blutiggefärbter Flüssigkeit (das Spülwasser bei der Elytrotomie). Entfernung derselben. Ausschälung und Exstirpation. Anat. Diagnose: Foetus 40 Mm. Diagnose bestätigt.

162) Rein. *Protoc. der Geb. Gesel. zu Kiew v. 11. V 90, Nr. 35 p. 33*[2]). Pat. 26 a. n., 5 Jahre verheirathet, hat vor 2 Jahren abortirt. Nach 5—6 wöchentlicher Amennorrhoe, Blutung, Collaps, Deciduaabgang. Therapie: 7 Stunden nach Beginn des Collaps, Operation in der Wohnung der Kranken nach dem Typus der Salpingotomie. Fieberfreie Genesung. Anat. Diagn.: Rechte Tubenschwangerschaft.

163) Mc. Naught. *Britt. med. Journ. 88 Nr. 1412*[3]). Pat. 34 a. n., ist 10 Jahre steril verheirathet. Menstruation immer schmerzhaft gewesen. Letzte vor 2 Mon. Symptome innerer Blutung. Therapie: Lapar. Reinigung des Abdomens von Blut. Mittlerer Theil der Tube erweitert und hat einen Riss. Exstirp. des ganzen Fruchtsackes. Glatte Genesung.

164) Fritsch. *Bericht über d. gynäk. Oper. d. Jahrg. 91/92, p. 125.* Pat. 30 a. n., hat 3 Mal abortirt, zuletzt vor 1 Jahr. Therapie: Lapar. Entfernung der rechten geplatzten Tube. Glatte Heilung. Foetus 1 Ctm. lang macerirt.

1) Ref. ibidem.
2) Ref. Jahresb. von Frommel 91 p. 122.
3) Ref. Journ. f. Geb. und Fr. 88 p. 232.

165) Salin. *Hygiea 91. Bd. 53. Oct. p. 414—429*[1]). Pat. 29 a. n., hat vor 8 Jahren 1 Mal geboren. Letzte Regel Ende Januar 90. Subjective Schwangerschaftssymptome. Anfang Mai Blutabgang aus der Scheide. Am 7. Juni 1890 erkrankt Patientin plötzlich heftig mit Erbrechen, Leibschmerzen und allgemeinem Unwohlsein. Status: Rechts neben dem Uterus eine Geschwulst. Am 18. Juni erfolgte ein neuer Anfall mit Symptomen innerer Blutung. Geringe Besserung wird abgewartet. Therapie: Totalexstirpation 21. Juni 90. Genesung nach ziemlich glattem Verlauf. Anat. Diagn.: Frucht frischtodt, 65 Gr., 15,5 Ctm. Die Diagn. Tubarschwangerschaft ist nicht ganz sicher. Ruptur wahrscheinlich am 18. Juni.

166) Hahn. *Berl. med. Gesel. Sitzung 18. Juni 90*[2]). Pat. 35 a. n., kommt am 16. Juni im Collaps zur Operation. Therapie: Lapar. Beim Einschnitt ins Peritoneum $2^1/_2$—3 Liter Blutausfluss und Austritt einer Frucht. Entfernung des Fruchtsackes. Infusion von 1 Liter Kochsalzlösung intraabdominal. Glatte Genesung. Anat. Diagn.: Rechte Tubenschwangerschaft. Foetus im 2. Monat.

167) Orthmann. *Zeitschr. f. Geb. u. Gyn. Bd. XX p. 145.* Pat. 44 a. n., klagt über Schmerzen im Unterleib seit 3 Jahren, die nach einem Abort eingetreten sind. In den letzten Wochen Steigerung derselben und unregelmässige Blutungen. Letzte Regel am 15. Febr. Befund: Uterus nach rechts verdrängt, links von ihm ein faustgrosser Tumor. Rechte Adnexe normal. Curettement förderte Deciduastücke zu Tage. Diagn.: Extrauteringrav. Therapie: Ovariosalpingotomia sinistra am 13. Mai von Martin ausgeführt. In der Bauchhöhle viel Blut. Unterbindung. Exstirpat. Glatte Genesung. Entlassung am 10. Juni. Anat. Diagnose: Grav. tubaria sinistra mens 1—2.

168) Derselbe. Ibidem[3]). Pat. 26 a. n. Seit einigen Tagen Anschwellen des Abdomens. Letzte Mentruation 20. Mai. Vor etwa 8 Tagen geringe Blutung mit Abgang von Fetzen. Hat 4 Mal geboren, zuletzt vor 11 Monaten. Status: 21. Juni, hinteres Scheidengewölbe vorgebuchtet durch einen Tumor, der den ganzen Douglas füllt und bis zwischen Nabel und Symphyse reicht. Uterus nicht abgrenz-

1) Ref. Jahresb. v. Frommel 91. p. 123.
2) Ref. Deutsch. med. Rundschau. 90. p. 594.
3) Ref. Ibidem.

bar. Diagnose: Retrouteriner Tumor. Hämatocele. Therapie: 21. Juli. Punction am hinteren Scheidengewölbe und Entleerung von Blut und Fetzen. Drainage. Verlauf leicht fieberhaft bis zum 9. Tage. Darauf hohes Fieber. Am 10. Tage Lapar. Ovario-salpingotomia dextra. Peritonitis acuta, im Abdomen viel Blut, Därme vielfach mit einander verwachsen. Verlauf: Am Abend nach Operation 39,6, Puls 120. Vom 5. Tage an kein Fieber mehr. Entlassung am 19. Aug. Anat. Diagn.: Grav. tubaria dextra mens II.

169) Ott. *Wratsch 90 p. 1020.* Pat. 34. a. n., leidet an Blutungen und Schmerzen im Unterleib seit $3^1/_2$—4 Wochen. Mentruation früher schmerzhaft. Die Blutungen blieben 7 Monat bis zur frühzeitigen Geburt eines Kindes, worauf sie ein Fieber durchmachte und seitdem leidend ist. Letzte Regel Novbr. 89. Blutungen, welche $1^1/_2$—2 Wochen dauerten. Am 26. December plötzlich Schmerzen und Ohnmacht. Vom 1. Januar ab wieder Blutungen. Status: 2 Geschwülste im Becken, eine ist der vergrösserte Uterus, die andere etwas grösser links von ersterer. Uterus fixirt durch Adhäsionen. Die Geschwulst hängt mit dem Uterus zusammen. Diagn.: Grav. tubaria sinistra. Therapie: Zuerst abwartende Behandlung, um Diagnose zu sichern, da gleitet Pat. am 11. Febr. aus, und es treten Symptome der innern Blutung ein. 13. Febr. Lapar. Bei der Losschälung platzt der Fruchtsack, Exstirp. desselben. Glatte Genesung. Entlassung am 21. März. Anat. Diagnose: Linke Tubenschwangerschaft. Perioophoritis und Perimetritis.

170) Schrenck. *Petersb. med. Wochenschr. 91 Nr. 40.* Pat. 28 a. n., hat 1 Mal vor einem halben Jahr geboren, normales Wochenbett, keine Entzündungsprocesse. 31. Dec. 90 letzte Menstruation. 19. Febr. Schmerzen im Unterleib, Schwangerschaftszeichen, vergrösserter Uterus. Am 4. März plötzlich heftiger Schmerz, keine Ohnmacht Am Abend mässiger Collaps. Abdomen sehr empfindlich, Dämpfung in der unteren Bauchgegend. Diagnose: Rupturirte grav. tubaria sinistra. Therapie: Totalexstirpat. Entfernung des Blutes aus dem Abdomen. Glatte Genesung. Anat. Diagnose: Diagnose bestätigt. Schlängelung der Tube im uterinen Theil. Neben dem Tubenlumen in der äusseren Schicht der Wand eine zweite allmählich an Grösse zunehmende Höhle (Eihöhle) vorhanden. (Divertickel der Schleimhaut).

171) Renteln. *Petersb. med. Wochenschr. 92 Nr. 151.* Pat. 29 a. n. Nullipara. Menses früher mit Schmerzen verbunden. Fluor gewesen. Geringe Blutungen und Schmerzen

seit dem 22. Octbr. Letzte Menstruation Ende September. 16. Jan. heftige, colikartige Schmerzen, am 17. wieder mit Erscheinungen innerer Blutung. Diagnose: Geborstene Tubengrav. mit innerer Blutung. Verordnung, Ruhe, Eis, Opium. Collapserscheinungen steigern sich. Kochsalzinfusion mit 500 Cubcent. Darauf Besserung und Blutung per Vaginam mit subfebriler Temperatur. Status: 21. Januar anämisch, schwacher Puls. Uterus vergrössert, links von ihm eine hühnereigrosse Geschwulst. Therapie: Totalexstirp. Glatte Genesung. Am 3. Tage nach Operation Ausstossung der Decidua. Anat. diag.: Grav. tubaria sinistra.

172) Sinclair. *Brit. med. Journ. 88, Nr. 1412* [1]). Nach 2 monatl. Ausbleiben der Regel plötzlich Eintritt von Symptomen innerer Blutung. Therapie: Lapar. Reinigung der Bauchhöhle von Blut, Exstirp. der ganzen Tube und des Ovariums. Genesung.

173) Lawson Tait. *Brit. med. Journ. Mai 12. 88* [2]). Pat. 25 a. n. Nach 3 monatl. Ausbleiben der Regel starker Schmerz im Unterleib. Nach ein paar Tagen Ohnmacht. Die Untersuchung ergiebt eine unbegrenzte Masse in enger Verbindung mit dem Uterus. Diagn.: Ruptur einer Tubenschwangerschaft. Therapie: Lapar. Rechte Tube mit 3 monatl. Foetus entfernt. Genesung. 18 Monat nachher Geburt eines ausgetragenen Kindes. 15 Monat nach Geburt neue Schwangerschaft. Im 4. Monat derselben Zeichen der inneren Blutung. Therapie: Exstirp. der schwangeren linken Tube.

174) Lebedew. *Geb.-gyn. Ges. in Moskau 89* [3]). Pat. 23 a. n., klagt über beständige Schmerzen im Unterleib, besonders rechts. Nullipara. Letzte Regel Anfang November. Am 25. Decbr. aus unklarer Ursache Schwindel und Erbrechen mit starken Schmerzen im Unterleib, besonders rechts, schmutzige Ausscheidungen aus den Genitalien. Status: Uterus vergrössert, rechts davon ein hühnereigrosser, empfindlicher Tumor. Schwangerschaftszeichen. Diagn.: Tubenschwangerschaft. Therapie: 28. Jan. Lapar. Im Abdomen Blut. Hervorwälzung des Tumors, welcher geborsten, und Totalexstirp. desselben. Foetus im 3. Monat. Verlauf: Am 2. Tage nach Operation Abgang einer Decidua. Vereiterung der Nähte. Genesung.

1) Ref. Journ. f. Geb. u. Fr. 88 p. 231.
2) Ref. Journ. f. Geb. u. Fr. 98 p. 757.
3) Ref. Journ. f. Geb. u. Fr. 90 p. 49.

175) Watten. *New-York med. journ. 90 März 15. p. 288*[1]). Seit 12 Jahren verheirathet. Diagn.: Ektopische Schwangerschaft im 3. Mon. auf der rechten Seite. Therapie: Lapar. Eisack in den Falten des rechten breiten Mutterbandes mit Beckenwandung, Uterus und Douglasscher Falte verwachsen. Lösung der Verwachsungen, Exstirp. des Sackes. Verlauf: Nach 4 Mon. trat Hämatocele im linken Lig. lat. auf, welche sich in den Douglas fortsetzte und in den Mastdarm durchbrach. Schliesslich Genesung. Anat. Diagn.: Rechtsseitige Tubenschwangerschaft mit Durchbruch und Weiterentwickelung im Lig. lat.

176) Solowjew. *Med. Rundschau. Bd. 3. p. 309.* Consultation am 7. Dec. Pat. 28 a. n., hat 2 Mal geboren. 11. Mon. nach der 2. Geburt Erkrankung an rechtsseitiger Parametritis, Regeln wurden unregelmässig. Letzte Regel 10. Oct. 91. 30. Nov. ein plötzlicher Schmerz im Becken, der rasch verging, aber bei jeder Bewegung wiederkehrte. Eis, Bettruhe, Codein. Schmerzen kehren immer wieder, erreichen ihr Maximum am 6. Dec. Status: Pat. elend. Dicht über der Symphyse eine runde, harte Geschwulst, die sich als der vergrösserte Uterus erwies. An seiner rechten Seite eine runde Geschwulst, die in den Douglas reicht, schmerzhaft und von gleichmässiger Consistenz. Diagn.: Geborstene, rechtsseitige Tubenschwangerschaft. 11. Dec. Abgang der Decidua. Therapie: Elektricität. Am 12. Dec. nach der 4. Sitzung, Schmerzen und Fieber, daher Operation. Am 18. Dec. Laparot. Im Douglas viel Gerinnsel. Foetus nicht zu finden. Unterbindung und Exstirpat. des Fruchtsackes und der Tube, Reinigung von Blut. Glatte Genesung.

177) Tischko. *Journ. f. Geb. u. Fr. 91 p. 926.* Pat. 39 a. n., hat 9 Mal geboren, zuletzt vor 5 Jahren. Regeln sistiren seit 2 Mon. Status: 25. Aug. Allgemeine Anaemie, Schwachheit, Schwindel. Keine Schwangerschaftszeichen, Uterus vergrössert, Abdomen sehr schmerzhaft keine Blutung. Diagn.: Extrauteringrav. und Ruptur derselben. Therapie: Laparot. 26. Aug. Bei Eröffnung der Bauchhöhle stürzt Blut hervor. Rechte Tube von der Grösse eines Hühnereies ohne Ruptur. Aus dem Abdominalende derselben fliesst Blut. Exstirpat. der rechten Tube und Ovarium. Glatte Genesung.

178) Hamilton. *New-York. med. Journ. Febr. 8. 90*[2]). Pat. 34 a. n. V grav., seit der 2. Geburt leidend. Letzte

1) Ref. Centralbl. f. Gyn. 1890 p. 927.
2) Ref. Journ. f. Geb. u. Fr. 90 p. 360.

Regel im August. Am 1. Octbr. plötzlich heftiger Schmerz im Unterleib, Ohnmacht, Zeichen innerer Blutung. 2. Octbr. Ausstossung einer Haut. 28. Octbr. neuer Anfall. Rechts eine Masse zu fühlen die mit dem Uterus zusammenhängt. Therapie: 30. Octbr. Totalexstirp. einer, die rechte Seite ausfüllender Geschwulst. Verlauf glatt, nach 4 Wochen geheilt entlassen. Anat. Diagn.: $1^1/_4$ Zoll lange Frucht. Rupturstelle zu sehen. Tubenschwangerschaft.

179) Derselbe. *Ibidem*[1]). Pat. 29. a. n., hat 3 Mal geboren, zuletzt vor 2 Jahren. Regeln waren früher schmerzhaft. 14. Novbr. Anfall starken Schmerzes im Unterleib mit Blutungen, welche andauerten. 8. Dec. Zeichen innerer Blutung. Diagn.: Extrauteringrav. Therapie: Totalexstirp. des Fruchtsackes. Nach 4 Wochen geheilt entlassen. Anat. Diagn.: Ruputur der schwangern Tube.

180) Fratkin. *Chirurg. Westn. Juni 92*[2]). Pat. 37 a. n., hat 1 Mal normal geboren. Letzte Menstruation im Februar. 22. April starke Schmerzen nach Anstrengung. Blutungen. Status: Leib aufgetrieben, in demselben ein faustgrosser Tumor palpirbar. Uterus vergrössert. Schwangerschaftszeichen. Diagn.: Geborstene Extrauteringrav. Haematocele. Am 12. Mai Ausstossung einer Decidua, am 19. Collaps. Therapie: Lapar. 19. Mai Totalexstirp. Die Geschwulst erwies sich als die, in der Mitte erweiterte, Tube in deren hinterer Wand die Placenta sass. Frucht, 10 Ctm. lang, wurde zwischen den Därmen gefunden. Glatte Genesung. Entlassung am 14. Juni.

181) Fritsch. *Bericht über gyn. Oper. des Jahrg. 1891, 92. p. 125.* Pat. 32. a. n., hat 2 Mal geboren, zuletzt vor 5 Jahren, Lapar. Exstirp. der geplatzten Tube. Leib voll Blut. Glatte Genesung. Keine Verwachsungen in den Beckeneingeweiden, Foetus $2^1/_2$ Ctm.

182) Derselbe. *Ibidem.* Pat. 23 a. n., hat 3 Mal geboren 2 Mal abortirt, zuletzt vor 1 Jahr. Lapar. viel Blut im Bauche, Exstirp. der linken schwangeren Tube. Glatte Genesung. Foetus $^3/_4$ Cent. lang.

183) Spaeth. *Zeitschr. f. Geb. u. Gyn. Bd. 16 pag. 269.* Pat. 25 a. n., hat 2 Mal geboren, zuletzt vor $2^1/_2$ Jahren. Während der letzten Schwangersch. litt sie an links-

1) Ref. ibidem.
2) Ref. Journ. f. Geb. u. Fr. 92. p. 1239.

seitigen Leibschmerzen. Im Januar 87 blieb die Menstruation aus und Schmerzen traten ein. Im Februar nach einer Pause von 6 Wochen starker Blutabgang ohne Stücke, nachher noch 1 Mal Blutabgang. Status: 18. März. Kindskopfgrosse, die linke Beckenhälfte ausfüllende, empfindliche, vom Uterus deutlich trennbare Geschwulst. Diagn.: Extrauteringrav. oder Haemato- resp. Hydrosalpinx. Therapie: Laparatomie 24. März. Entleerung grosser Blutmassen aus dem Abdomen. Faustgrosser geplatzter Tumor, die linke Tube und das linke Ovarium werden entfernt, kein Foetus. 30. März Abgang einer Decidua vera. Verlauf: glatte Genesung, am 12. April geheilt entlassen. Anat. Diagn.: linke, geborstene Tubarschwangersch.

184) Derselbe. *Ibidem.* Pat. 42 a. n., hat 6 Mal geboren, zuletzt vor $2^1/_2$ Jahren. Vor $^1/_2$ Monat blieb die erwartete Periode aus. Schwangerschaftsbeschwerden. Ende August stärkere Blutung ohne häutige Abgänge, Schmerzen nehmen zu. Untersuchung: Faustgrosse Geschwulst rechts neben dem etwas vergrösserten Uterus. Ruhe Eis. Schmerzen und Uebelkeit wachsen, so dass Patientin nach 8 Tagen die Operation wünscht. Diagn.: Intraligamentärer Tumor und Extrauteringrav. Therapie: Laparotomie 9. Octbr. Es findet sich eine, zwischen die Blätter des Lig. latum hinein geplatzte Tubarschwangerschaft von Kindskopfgrösse. Die Höhle wird ausgeräumt und die rechte Tube mit dem Ligament. abgetragen. Anat. Diagn.: Foetus im 3. Monat, rechtsseitige, geborstene Tubarschwangerschaft. Abgang einer Decidua wurde nicht beobachtet. Ausgang: glatter Verlauf 1. Novbr. geheilt entlassen.

185) Schneider. *Deutsche med. Wochenschr. 92. Nr. 37*[1]). Pat. 39 a. n., hat 3 Mal geboren, 2 Mal abortirt, zuletzt im Febr. 91. Menses seit letztem Abort regelmässig, letzte Ende October. Darauf unregelmässige Blutungen mit Schmerzen in der linken Seite. Abgang eines häutigen Gebildes nicht bemerkt. 16. Decbr. rechts neben dem Uterus ein Exsudat, links ein höckriger, harter Tumor. Diagn. Entzündung der Adnexe. Therapie: Lapar. 16. Decbr. Exstirpation des linken Ovariums und der linken Tube. Entfernung des Blutes aus der Bauchhöhle. Im Fruchtsack kein Foetus, aber Chorionzotten vorhanden. Heilung. Entlassung am 19. Januar.

1) Ref. Centralbl. f. Gyn. 1892 p. 991.

186) Lehmann. *Gesel. für Geb. und Gyn. zu Berlin. Sitzung 10. April 91.*[1]) Pat. 34 a. n., hat vor 12 Jahren 1 Mal abortirt. Letzte Periode im Januar. Anfang März begannen heftige Schmerzen. Status: Uterus nicht vergrössert. Rechts hinter ihm ein faustgrosser Tumor. Plötzlich Collaps. Diagn.: Extrauteringrav. Therapie: Sofort Lapar. von Dr. Martin ausgeführt. Bauchhöhle voll Blut. Rechte Tube stellt einen faustgrossen Tumor dar. Derselbe wurde versorgt und abgetragen. Glatte fieberlose Genesung. Anat. Diagn.: Tube in der Mitte faustgross, enthält einen 3 Ctm. langen Eoetus. Riss im Fruchtsack.

187) Mc Murtry. *Journ. of the Amer. med. assoc. 91 Apr. 4. p. 494*[2]). Bei einer unfruchtbaren Frau war eine Menstruation ausgeblieben. Sie hatte einen heftigen Schmerzanfall im Becken und bot 5 Tage darauf die Zeichen innerer Blutung. Uterus nach links verschoben. Therapie: Lapar. grosser Bluterguss. Entfernung des Eisackes in der linken Tube. Reinigung. Genesung.

188) Robb. *Sonderabdruck aus New-York journ. of Gyn. aud obst. 91 Febr.*[3]). Nullipara. 17 Tage nach Ausbleibender Menstruation plötzlich heftige Schmerzen in der Unterbauchgegend. Am nächsten Tage ähnlicher Anfall, etwa 3 Stunden lang mit Uebelkeit und Erbrechen. Status: Blutige Absonderung aus der Scheide, Uterus vergrössert, empfindlich, neben ihm eine hühnereigrosse Masse, in der Gegend des linken Ovariums. Therapie: Lapar. Fruchtsack befindet sich im Fimbrienende der Tube. Frei in der Bauchhöhle etwa 1000 ccm. Blut. Ovarium mit Eisack entfernt. Ruptur war vorhanden. Blutung aus dem offenem Ostium abdom. tubae. Genesung.

189) Herzfeld. *Wiener klin. Wochenschr. 92 p. 423.* Von Schauta operirt. Pat. 25 a. n., Nullipara. Letzte Menstruation Novemb. 91. 17. Jan. heftige Blutungen und Schmerzen. Status: Uterus vergrössort nach rechts verdrängt durch einen orangegrossen schmerzhaften Tumor von verschiedener Consistenz. Einige Schwangerschaftzeichen. Diagn.: Linksseitige Tubenschwang. Therapie: 3. Febr. Lapar. Beckenhochlagerung. Im Abdomen Blutgerinnsel. Nach stumpfer Losschälung werden die linken Adnexe mit

1) Ref. Centralbl. f. Gyn. 1891 p, 427.
2) Ref. Centralblatt f Gyn. 1891 p. 765.
3) Ref. Centralblatt f. Gyn. 1892 p. 813.

dem Tumor entfernt. Reinigung der Peritonealhöhle. Anat. Diagn.: Kein Embryo, zahlreiche Deciduazellen im Fruchtsack. Diagnose wird bestätigt. Afebriler Verlauf und Entlassung am 25. Febr. geheilt.

190) Dobbert. *Petersb. med. Wochenschr. 92, p. 447.* Pat. 26 a. n., hat 1 Mal vor 7 Jahren geboren, ist immer gesund gewesen. Letzte Menstruation kurz vor Eintritt am 30. März 92. Status: Uterus nicht vergrössert, hinterer Douglas von schmerzhafter elastischer Geschwulst ausgefüllt. Therapie: Punction, wobei sich Blut zeigte. Lapar. 15. Apr. Entfernung der Haematocelenwand. Verlauf: Glatte Genesung. Anat. Diagn.: Tubarschwangersch., Chorionzotten nachweisbar.

191) Duchamp. *Lyon, med. 1887, Aug. 28*[1]). Letzte Regel hatte Patientin 30. April 87. Erkrankt plötzlich am 17. Juni mit Ohnmacht, Erbrechen, Schmerzen. Diagn.: Blutung im Becken auf peritonitischer Basis. Therapie: Lapar. mit Excision des Fruchtsackes. Heilung. Anat. Diagn.: Linke Tubenschwangersch. von 6 Wochen. Foetus 2 Ctm. 3 Wochen nach Operation Entlassung.

192) Polaillon. *Mercredi, med. 90, Nr. 17*[2]). Menses sistiren seit 2 Monaten. Plötzlicher Schmerz im Abdomen. Tumor wurde constatirt und für Ovariosalpingitis gehalten. Therapie: Lapar. und Entfernung des in der Bauchhöhle befindlichen, 1—2 monatlichen Foetus, und der geborstenen Tube mit Placenta.

193) Herzfeld. *Wien, klin. Wochenschr. 92, p. 405.* Pat. 35 a. n., hat 2 Mal, zuletzt vor 9 Jahren geboren; Geburt und Wochenbett normal. Seit 1 Jahr sind Menses unregelmässig mit Schmerzen im Kreuz verbunden. Im vorigen Jahre wurde sie behandelt wegen heftiger Blutungen und Gonorrhoe. Letzte Menstruation Jan. 92. Die nächste sehr profus, verzögert und mit starken Schmerzen. Seitdem anhaltender geringer Blutabgang aus den Genitalien. Status 28. Febr.: Uterus wenig vergrössert, rechte Tube leicht geschwellt; an ihrem Ende ein nussgrosser Knoten fühlbar. Die linke Tube mässig verdickt, das Ovarium etwa apfelgross. Diagn.: Linke Ovarialcyste. Tubenschwellung. Lapar. 5. März. Beckenhochlagerung. Blut im Abdomen. Die Adnexe

1) Ref. Centralbl. f. Gyn. 1888 p. 738.
2) Ref. Centralbl. f. Gyn. 1891 p. 28.

werden gelöst, abgebunden und abgetragen. Verlauf afebril nur am Tage nach der Oper. Temp. 39,0. Am 25. März geheilt entlassen. Anat. Diagn.: Im linken Ovarium eine Follikularcyste. Linke Tube verdickt mit geschwellter Schleimhaut. In der rechten Tube ein Coagulum im ampullären Theil. Decidua nachweisbar. Grav. tubaria dextra.

194) Orthmann. *Zeitschr. f. Gyn. und Geb., Bd. 20, p. 145:* Pat. 39 a. n., leidet seit 7 Wochen an Blutungen. Vor 8 Tagen sollen Stücke abgegangen sein. Letzte Menstruation wahrscheinlich October 86. 10 Mal, immer normal, geboren, zuletzt vor zwei Jahren. Status: Linke Adnexe normal, rechte Tube verdickt, Uterus nicht vergrössert. Diagnose: Salpingitis dextra. Therapie: Heisse Injectionen mit Jodzusatz. 10. Jan. 87: Rechts neben Uterus ein Tumor zu fühlen. 13. Jan.: Ovario-salpingotomie. Im Abdomen dickes Blut. Fruchtsack hervorgeholt, ist geborsten, wird unterbunden und exstirpirt. Reinigung der Bauchhöhle. Verlauf: Glatt fieberlos. Entlassung am 1. Febr. Anat. Diagnose: Grav. tubaria dextra, mens I.

Nach Totalexstirp. des Fruchtsackes in den 4 ersten Monaten, nach Ruptur verliefen ungünstig:

195) Ferguson. *New-York med. journ. Novbr. 23. 89*[1]). Pat. 32 a. n., 3 Jahre steril verheirathet. Letzte Menstruation 12. Juli. 15. Septbr. plötzlich heftiger Schmerz im rechten Hypogastrium, welcher bis jetzt (5. Octbr.) anhält. Status: Uterus vergrössert, apfelsinengrosse Geschwulst im rechten Lig. latum. Diagn.: Ins Lig. latum geborstene, rechte Tubenschwangersch. Tumor wächst. Noch mehrmals Schmerzanfälle ohne Collaps. Therapie: Lapar. 12. Octbr. Blut im Abdomen. Im Lig. latum Placenta und Gerinnsel. Totalexstirp. des Fruchtsacks. Foetus 3 monatl. Tod nach 16 Stunden. Section: Vielfache Verwachsungen des Stieles mit den umgebenden Theilen. Chronische Nephritis. Todesursache unklar vielleicht Pyaemie.

196) Zucker. *Centralbl. für Gyn. 1888. p. 233.* Pat. 32 a. n., hat 2 Mal geboren, 1 Mal abortirt. Letzte Regel im Decbr. oder Januar. Bis 12. Februar ganz wohl, dann heftige Schmerzen, welche nach Laxans verschwanden, am 17. sich wiederholten. Status: Uterus stark nach rechts,

1) Ref. Journ. f. Geb. u. Fr. 90 p. 154.

links eine undeutliche begrenzte weiche Masse, welche äusserst empfindlich ist. Zustand verschlechtert sich. Collaps. Diagn.: Innere Blutung. Therapie: Nachdem die Tube beiderseits unterbunden und der Stiel rings umnäht ist Exstirp. Anat. Diagn.: Rechte geborstene Grav. tubaria im 1-ten Monat. Ausgang: Tod durch Anämie.

197) Stoker. *Dublin. Journ. of. med. science 89, Mai* [1]). Reine Tubengravid., die zur Lapar. drängte unter dem Bilde einer Darmocclusion. Dauer der Grav. 12 Wochen, Exstirp. des Sackes. Tod der Frau 8 Stunden nach der Oper. Section: Blutmassen aus der Rupturstelle hatten Darmverschluss bewirkt.

198) Orthmann. *Zeitschr. f. Gyn. u. Geb. Bd. 20, p. 145.* Pat. 33 a. n. Am Tage vordem sie in sehr anaemischem Zustande in die Anstalt gebracht wurde, hatte sie beim Heben eines schweren Gegenstandes plötzlich einen starken Schmerz im Unterleib, bald darauf tiefer Collaps. Diagn.: Geplatzte Extrauteringrav. Pat. hat 1 Mal geboren vor 4 Jahren. Status: Pat. sehr anaemisch. Rechts und hinter dem Uterus eine weiche Masse fühlbar. Therapie: Ovario-Salpingotomia dextra. Im Abdomen viel Blut. Möglichste Reinigung. Verlauf: Puls sehr fraquent, Temperatur erhöht. Am 7. Juni Tod. Section: Im linken Ovarium ein frisches Corpus luteum, sämmtliche Organe sehr anaemisch. Grav. tubaria dextra, mens I.

199) Wiedemann. *Protoc. d. Vereins St. Ptsb. Aerzte, Sitzung 22. Jan. 91* [2]). Pat. 25 a. n., hat 1 Mal vor $2^1/_2$ Jahren geboren. Wochenbett normal. Letzte Regel im October. 11. December Uterinblutung unter wehenartigen Schmerzen. Status: Leib tympanitisch aufgetrieben, Uterus vergrössert, Parametrien frei. Diagn.: Beginnender Abort, Koprostase, Klysmen, Opium. Starke Schmerzhaftigkeit des Leibes und Blutungen bestehen fort. Am 24. Decbr. rasch folgende Ohnmachten. Rechts vom Uterus ein abgegrenztes Blutextravasat. Decidua war nicht ausgestossen. Diagn.: Rechtsseitige, rupturirte Extrauteringrav. Therapie: Expectativ mit Vorbereitung für Lapar. Am 26. Decbr. plötzlich Nachblutung, so dass Pat. bis zur Lapar. pulslos wurde. Bauchhöhle voll Blut. Totale Exstirpat. des Fruchtsacks. Tod nach $1^1/_2$ Stunden. Anat. Diagn.: $2^1/_2$ Monat alter Foetus. Bestätigung der Diagnose.

1) Ref. Centralbl. f. Gyn. 1890 p. 684.
2) Ref. Ptsb. med. Wochenschr. 91, p. 123.

200) Kaltenbach. *Ges. f. Geb. und Gyn. zu Berl. Sitzg. 14. Dec. 88*[1]). Pat. 30 a. n., VI gravida. Letzte Geburt vor 5 Jahren, seit derselben Unterleibsbeschwerden. Pat. plötzlich am Tage vor Oper. schwer collabirt, nachdem 6—7 Wochen Menses ausgeblieben waren. Bei innerer Untersuchung fühlt man im Douglas eine teigig weiche Masse. Blutabgang aus der Scheide. Therapie: Lapar. mit Excision der geplatzten Tube. Sorgfältige Reinigung. Verlauf: Pat. erholte sich zuerst gut, erlag aber nach 36 Stunden einer Nachblutung. Section: Ergab, dass die Nachblutung aus peritonistischen Strängen die schon vor der Oper. geblutet haben mussten stattgefunden hatte, da der Fruchtsack ganz frei lag. Pelveoperitonitis bestand. Geplatzte, linksseitige Gravid. tubaria.

201) Bröse. *Ges. für Geb. u. Gyn. zu Berl. Sitzg. 14. Nov. 1890*[2]). Pat. 34 a. n., hat 2 Mal geboren, 2 Mal abortirt. Geringe Perioophoritis und Perimetritis. Letzte Menstruation 12. Sept. 11. Nov. plötzlich akute Anaemie. 14. Nov. beständiges Erbrechen, Tympanie und Schmerzen, Zustand verschlechtert sich. Kranke verfiel mehr und mehr. Diagn.: Schwankte zwischen Ileus, Peritonitis und Darmlähmung. Therapie: Lapar. Exstirpat. der rechten Anhänge. Eine Ursache für die Darmauftreibung war nicht zu finden. Pat. kollabirte $2^1/_2$ Stunden nach der Oper. und starb. Section: Keine Spur von Peritonitis oder Sepsis, frisch geplatzte Tubenschwang.

202) Carsten. *Ges. f. Geb. u. Gyn. zu Berl. Sitzg. 9. Jan. 89*[3]). Von Ruge operirt. Pat. 30 a. n., Nullipara. Menses sistiren seit 9 Wochen. Tiefer Collaps. Fliehendes Leben. Therapie: Lapar. Abdomen mit Blut gefüllt, das nach Exstirpation der geplatzten Tube zurückgelassen wurde. 1 Liter warmes Wasser wurde noch eingegossen. Ausgang: Trotz anfänglicher Besserung erfolgte der Tod ca. 24 Stunden nach Operat. Section: Linksseitige, rein tubare Gravidität dicht am uterinen Ende. Der leere Sack kirschgross. Tödtliche Blutung aus der linken grossen Oeffnung.

203) Wyder. *Arch. f. Gyn. Bd. 41, Heft 1 u. 2*[4]). Pat. 28 a. n., Menstruation vom Juli 90 an unregelmässig,

---

1) Ref. Zeitschr. f. Gyn. u. Geb. Bd. 16 pag. 368 n. Centralb. f. Gyn. 1889, pag. 75.
2) Ref. Centralbl. f. Gyn. 1891 p. 19.
3) Ref. Centralbl. f. Gyn. 1891, p. 129 u. Wratsch 91, p. 646.
4) Ref. Centralbl. f. Gyn. 1892 p. 62.

letzte 3 Wochen vor Eintritt. Hat 2 Mal geboren. Stechende Schmerzen im Unterleib. Mitte September heftiger Schmerz mit Ohnmacht. Status: Anaemisch, Leibdruck empfindlich, in der regio iliaca eine Resitenz nachweisbar. Uterus vergrössert, nach rechts verdrängt. Sonde dringt 8 Ctm. ein. Im linken Scheidengewölbe ein faustgrosser Tumor, fluktuirend, gut abgrenzbar. Diagn.: Cystom im linken Ovarium. Kein Abgang von Fetzen. Therapie: Lapar. Blut im Abdomen. Resektion des Fruchtsacks. Tod 5 Tage nach Oper. an septischer Peritonitis. Anat. Diagn.: Linke Gravid. ovarica.

204) Bidder. *Protoc. des Vereins St. Ptsb. Aerzte Sitzung 5. Febr. 91*[1]). Pat. 26 a. n., hat 1 Mal geboren im Decbr 88. Letzte Menstruation 20. VII 90. 2. October plötzlich Schmerz und Auftreibung des Leibes, 2 Tage lang geringe Vaginalblutung. Nachher noch 2 solche Anfälle, worauf Pat. aufgenommen wurde unter den Zeichen einer Haematocele retrouterina. Am 4. Novbr. erneute innere Blutung, hochgradige Anaemie. Therapie: Exstirp. des ganzen Fruchtsacks. Tod nach 2 Tagen an Peritonitis. Anat. Diagn.: Tubenschwangersch. (Tubo-abdominal.) Foetus $12^1/_2$ Ctm.

205) Herz. *Inaug.-Diss. Halle 1890*[2]). Von Kaltenbach operirt. Linksseitige, geborstene Tubenschwangerschaft. Therapie: Lapar. im 2. Monat, Abtragung des Fruchtsacks. Verlauf: Tod in Folge von Blutverlust. Section: Nachblutung aus den zerrissenen Pseudomembranen stattgefunden.

Nach totaler Exstirpation in den 4 ersten Monaten nach Ruptur verliefen ohne Angabe des Ausganges:

206) Hünermann. *Berl. klin. Wochenschr. 92, pag. 1145.* Gynaek. Klin. der Charité. Chef Gusserow. Pat. 32 a. n., hat 4 mal geboren, zuletzt vor $3^1/_2$ Jahren. Aug. 91 letzte Menstruation. Ende August heftige Schmerzen im Unterleib, darauf tiefe Ohnmacht. 5. Sept. kommt Kranke in Behandlung. Status: Temp. 38,5°, Puls 108—120. Starke Anaemie. Typische Haematocele. Am 9. Sept. wieder starke Ohnmacht, daher sofortige Lapar. im Collaps. Im Abdomen viel Blut. Linkseitiger geplatzter Tubensack von Apfelgrösse,

1) Ref. Ptsb. med. Wochenschr. 91, p. 135.
2) Ref. Jahresb. von Frommel 1890 p. 112.

der sich leicht exstirpiren lässt. Nach Operat. intravenöse Kochsalzinfusion.

207) Winter. *Gesel. f. Geb. zu Berlin, Sitzung 28. October 92*[1]). Pat. sehr anaemisch, hat 10 Mal geboren, zuletzt vor 6 Monaten, ist stets gesund gewesen. Letzte Menstruation vor 4 Wochen und wird jetzt erwartet. Am Tage vorher plötzlich Schmerzen in linker Seite mit rasch zunehmender Schwäche, Puls 112, Temp. 35,2, Dämpfung oberhalb des linken horizontalen Schambeinastes. Grösse des Uterus nicht zu bestimmen, Adnexe nicht zu tasten, keine Haematocele. Diagn.: Innere Blutung, wahrscheinlich geplatzte Tubargrav. Therapie: Lapar. Entfernung des Blutes aus der Bauchhöhle, Exstirp. der rechten und linken Adnexe, da linkes Ovarium cystisch degenerirt. Anat. Diagn.: Rechte Tubengrav., Uterus vergrössert und weich.

Nach Totalextirpation in den ersten 4 Monaten, ohne Angabe ob Ruptur stattgefunden hatte, verlief günstig:

208) Engländer. *Ges. f. Geb. u. Gyn. zu Berl., 9. Dec. 87*[2]). Von Martin operirt. Diagn.: Grav. tuboabdomin. im 4. Mon. Therapie: Fruchtsack mit der Ansatzstelle excidirt. Genesung.

209) Braun. *Geb. Gyn. Ges. in Wien, Sitzg. 9. Juni 91*[3]). Gravid. tubaria am Ende des ersten Monats. Lapar. und Exstirpation der hühnereigrossen, erweiterten Tube. Glatte Heilung. Diagn.: Intraligamentaere, fibrocystische Geschwulst.

Nach Totalexstirpation in den 5 letzten Monaten vor Ruptur verlief glücklich:

210) Olshausen. *Deutsche med. Wochenschr. 90, p. 193.* Pat. 32 a. n., hat 3 Mal geboren, zuletzt im Juli 86. Im letzten Wochenbett eine fieberhafte Krankheit, seitdem Unterleibsschmerzen. Periode regelmässig, letzte im Decbr. 88. Nach 2maligem Ausbleiben der Menstruation 6 Wochen lang Blutung. Vom April an wieder regelmässige Menses. Juli bis Septbr. fast anhaltende Blutung. 6. Septbr. Ohnmachtsanfall, Venenschmerzen und zunehmende Schmerzen

1) Ref. Centralbl. f. Gyn. 1892 p. 944.
2) Ref. Centralbl. f. Gyn. 1888 p. 57.
3) Ref. Centralbl. f. Gyn. 1892 p. 196.

in der rechten Seite. Kindsbewegungen im Septbr. Untersuchung: Hinter dem Uterus, mehr rechts ein Tumor der bis zum Nabel reicht. Uterus und Adnexe nicht zu fühlen. Sonde gleitet 7 Ctm. in die links gelegene Uterushöhle. Diagnose unklar. Therapie: Laparatomie. Stumpfe Lostrennung des Tumors, wobei derselbe platzt. Totalexstirpation. Ausgang: Am 35. Tage nach Operation geheilt entlassen. Anat. Diagn.: Foetus entspricht dem 6. Monat. Lapar. wahrscheinlich 11 Mon. nach dem Beginn der Schwangerschaft.

211) Breisky. *Sitzgsber. d. k. k. Ges. d. Aerzte in Wien 87, Nov. 25*[1]). Pat. 33 a. n., VI para. Febr. 88 letzte Menstruation. 30. März allgemeine Schwangerschaftszeichen, im Juli Kindsbewegungen. Diagn.: Intraligamentaere, rechtsseitige Tubenschwang. Therapie: Laparot. im neunten Schwangerschaftsmon. Excision des Fruchtsackes. Lebendes Kind. Verlauf: Glatte Genesung, Kind starb nach 3 Jahren an Phlebitis umbilicalis. Anat. Diagn.: Der Sack ging vom rechten Lig. latum aus.

212) Olshausen. *Ges. f. Geb. u. Gyn. zu Berl., Sitzg. am 9. Nov. 88*[2]). Pat. 28 a. n., hat 1 Mal geboren, 1 Mal abortirt, daran schloss sich eine Unterleibsentzündung. Sept. 1887 letzte Menstruation. 14 Tage nach derselben begannen Blutungen, welche bis zum Dec. dauerten. Anfang Juli hörten die Kindsbewegungen auf, darauf Fieber bis 40° und länger dauernde Entzündung. 2. August starke Blutung mit Abgang von Stücken. Der Leib wird dünner. 11. Oct., also 4 Monate nach dem Tode der Frucht kam Pat. zu O. Status: Abdomen vorgewölbt, in demselben ein Tumor, welcher bis zum Nabel reicht und aus dem kleinen Becken hervorgeht. Diagn.: Wahrscheinlich Extrautgrav., vielleicht Abort. Es wurde die Cervix dilatirt und erwies sich als neben dem Fruchtsack. Uterushöhle 10,5 Ctm. Therapie: Laparot. 27. Okt. 88. Exstirpat. des ganzen Fruchtsackes, der dabei einreisst und geruchloses Fruchtwasser entleert. Anat. Diagn.: Rechte, intraligamentaer entwickelte Tubenschw. Foetus 1890 Gr. 46 Ctm., wohlgebildet, aber Klumpfüsse. Genesung.

213) Zajaitski. *Centralbl. 1888 p. 841.* Pat. 25 a. n., hat 2 Mal geboren, zuletzt vor 5 Jahren, Zwillinge.

1) Ref. Centralbl. f. Gyn. 1888 p. 333.
2) Ref. Deutsche med. Wochenschr. 90, p. 173 u. Centralbl. f. Gynaek. 1888 pag. 811.

Keinerlei Krankheitssymptome gehabt. Letzte Regel Ende Okt. 87. Schwangerschaftszeichen. Bis 24. April vergrösserte sich der Bauch, von da ab nahm er ab, Schmerzen, Brüste wurden weicher. Status: 30. Mai. Schwangerschaftszeichen. Vorderes und hinteres Scheidengewölbe von einer fluktuirenden Geschwulst eingenommen. Rechter Eierstock nicht zu fühlen, linker wohl. Parametrien normal. Uterushöhle 3 Zoll lang. Diagn.: Ovarial- oder Abdominalschwangerschaft im 6. Monat. Therapie: Laparot. 8. Juni mit Exstirpat. des Fruchtsackes mit Tube. Am 1. Juli gesund entlassen nach fieberlosem Verlauf. Anat. Diagn.: Abdominalschwang. der rechten Seite.

214) Wiedow. *Aus den Verhandlgen d. 3. Kongresses d. deutsch. Ges. f. Gyn. in Freiburg i/B. 12.—15. Juni 89*[1]). Pat. 36 a. n. III para. Vor der Oper. peritonitische Erscheinungen. Therapie: Laparot. mit Extirpat. des Fruchtsackes. Genesung. Anat. Diagn.: Tubarschwangerschaft, fast ausgetragene Frucht.

215) Eastmann. *Amer. journ. of obst. 88 Sept. p. 929*[2]). Pat. 39 a. n., hat 1 Mal vor 19 Jahren geboren. Seit Weihnachten keine Menses. Schwangerschaftszeichen. Am 9. Juli aufgenommen. Therapie: Laparot. und Extirpat. des ganzen Fruchtsackes. Genesung. Kind lebt und gedeiht. Anat. Diagn.: Intraligamentaere Tubarschwangerschaft.

216) Slawiansky. *Geb. gyn. Ges. in Petersb. 23. Febr. 1889*[3]). Pat. 36 a. n., hat eine Geschwulst im Leibe, von der sie befreit sein will. Hat vor 10 Jahren 1 Mal geboren, vor 5 Jahren abortirt. Beginn der dritten Schwangerschaft im Jan. 88. Am Geburtstermin Erbrechen und wässriger Ausfluss, keine Wehen. Darauf lassen Schwangerschaftszeichen nach. Befund: Normaler Uterus, rechts leicht höckriger Tumor. Diagn.: Ausgetragene Extrauteringrav. Kind seit 3 Mon. todt. Therapie: Laparot. am 11. März 89. Exstirpat. des Fruchtsackes. Genesung. Anat. Diagn.: Rechte, ausgetragene Tubenschwangerschaft.

217) Ott. *Wratsch 90 p. 1020.* Pat. 38 a. n., hat 4 Mal geboren, zuletzt vor 3 Jahren. Nov. 88 blieb die Menstruation aus. Vom 6. Monat Kindsbewegungen. Menstruationen fehlen seit 11 Monaten, jedoch waren Blutungen mit Schmer-

1) Ref. Centralbl. f. Gyn. 1889 p. 502.
2) Ref. Centralbl. f. Gyn. 1889 p. 288.
3) Ref. Centralbl. f. Gyn. 1889 p. 208.

zen. Der Leib beginnt abzunehmen. Status: Jan. 90 Uterus wenig vergrössert, Geschwulst an der linken Seite desselben von der Grösse eines schwangeren Uterus im 7.—8. Mon. Diagn.: Extrauteringrav. Therapie: Nach 3 Mon. Lapar., leichte Losschälung und Exstirpat. des Fruchtsackes. Glatte Genesung. Entlassung am 16. Tage. Anat. Diagn.: Schwangerschaft im rechten Horn des Uterus bicornis. Foetus ausgetragen, seine Oberfläche mit der Sackwand eng verwachsen.

218) Kadjan. *Ges. russ. Aerzte 89, 9. März*[1]) Pat. 23 a. n., klagt über eine Geschwulst im Abdomen, hat 2 Mal geboren, zuletzt vor 7 Mon. normal. Menstruationen nach der letzten Geburt nicht wiedergekehrt. Es ist eine Geschwulst im Leibe zu constatiren, welche frei liegt, schon vor der letzten Geburt da war und sich vergrössert hat. Uterus hat sich nach Geburt zurückgebildet. Diagn.: Ovarialcyste der linken Seite. Therapie: Laparot. Incision der Cyste, Unterbindung und Entfernung derselben. Anat. Diagn.: Blieb unsicher, wahrscheinlich Tubenschwangerschaft, keine Deciduazellen. Glatte Genesung.

219) Wyder. *Le mercredi medical 99 Nr. 23*[2]). Pat. 36 a. n., hat eine Peritonitis in Folge eines Wochenbettes durchgemacht, wird zum 3. Mal schwanger. Plötzlich hören die Kindsbewegungen auf, die sie 4 Mon. lang gefühlt hatte. Status: Zu beiden Seiten der linea alba ein nach dem Becken zu sich verlängernder Tumor, rechts solid, links fluktuirend. 3 Mon. lang Beobachtung. Therapie: Laparot. Exstirpation des Fruchtsackes. Foetus 10 Mon. alt. Genesung in 4 Wochen.

220) Matlakowski. *Arch. f. Gyn. Bd. 38 Heft 3. pag. 367*[3]). Pat. 36 a. n., hat vor 16 Jahren 1 Mal geboren. Vor $11^1/_2$ Mon. begannen Blutungen und dauerten 5 Mon. Bei der letzten Blutung soll etwas abgegangen sein, das einem Stück Leber glich. In dieser Zeit auch Erbrechen und Schmerzen. Kindsbewegungen. Status: Schwangerschaftszeichen. Abdomen aufgetrieben. Glatte, schmerzlose Geschwulst, welche den Uterus nach rechts und vorne drängt. Diagn.: Extrauteringrav. Therapie: Laparat. 2 Monat nach Fruchttod. Totalexstirpat. des Fruchtsackes. Der Ureter wurde durchschnitten, derselbe konnte nicht vernäht werden

1) Ref. Wratsch 89 p. 282 u. Journ. f. Geb. u. Fr. 89 p. 342.
2) Ref. Centralbl. f. Gyn. 1890 p. 798.
3) Ref. Jahresb. v. Frommel 1890 p. 115.

und man musste die Niere entfernen. Genesung. Anat. Diagn.: Intraligamentaer entwickelte, rechtsseitige Tubarschwang. Foetus 2755 Gr. reif und gut genährt.

221) Koteljanski. *Med. obozr. 90 Bd. 38 pag. 919—927* [3]). Pat. 33 a. n., Regeln waren immer schmerzhaft. IV gravida, hat 1 Mal abortirt. Vor 7 Jahren letzte Geburt normal. 1 Jahr darauf Blutung aus Genetalien und Schmerzen im Unterleib. Die folgenden 6 Jahre litt Pat. an Dysmennorrhoe und allgemeiner Schwäche. Letzte Regel März 89, darauf Schwangerschaftszeichen. 28. Juni die ersten Kindsbewegungen. Im 5. und 6. Mon. Blutungen, welche jedes Mal 3 Wochen dauerten ohne Abgang von Häutchen. 6. Dec. Geburtswehen, 24 Stunden lang, hörten von selbst auf, zugleich mit den Kindsbewegungen. Die Geschwulst verkleinerte sich nicht. Nach 3 Wochen Blutungen, welche sich nicht von Regeln unterschieden. Status: 6. IV 90. Leib aufgetrieben. Geschwulst unbeweglich, reicht aus dem kleinen Becken bis 4 Querfinger unter den Schwertfortsatz, Consistenz verschieden, theils weich, theils hart. Uterus nicht vergrössert, nach links verlagert. Adnexe sind nicht zu fühlen. Diagn.: Extrauteringrav. Verlauf: Der Tumor verkleinert sich allmählich und die Kranke erholt sich. Ende März vergrössern sich die Schmerzen derart, dass zur Operation geschritten wurde. Therapie: Der gesammte Fruchtsack wird aus der Bauchwunde hervorgewälzt. Stiel aus rechter Tube und Basis des lig. latum wird abgebunden und versenkt. Glatte Genesung. Anat. Diag.: Rechts war kein Ovarium zu finden. Foetus 47 Ctm., $6^1/_2$ ℔.

222) Odenthal. *Geb. Ges. zu Leipzig. Sitzg. 15. Dec. 90* [2]). Pat. 35 a. n., hat peritonitische Erscheinungen. Therapie: Laparot. und Exstirpat. des ganzen Fruchtsackes nach Resektion grösserer Netzpartieen. Ausspülung der Bauchhöhle. Verlauf: Heilung nach einigen Complikationen. Anat. Diag.: Ausgetragene, linksseitige, gestielte Tubarschwangersch.

223) Fantino. *Riv. di Ost. e Gin. 91 Nr. 7* [3]). Linksseitige Tubo-abdominalschwangersch., welche bis zum 7. Mon. gediehen ist. Exstirpation des Fruchtsackes. Drainage. Heilung.

---

1) Ref. Jahresb. von Frommel 1890 p. 125.
2) Ref. Centralbl. f. Gyn. 1891 p. 239.
3) Ref. Centralbl. f. Gyn. 1891 p. 1027.

224) Strauch. *Geb. gyn. Ges. in Moskau 1891*[1]). Pat. 34 a. n., hat 4 Mal geb., zuletzt im Juni 89. Letzte Regel Apr. 91. Seit Juni beständige Blutungen. Status: Eine Geschwulst neben dem deutlich dislocirten vergrösserten Uterus. Blut und Deciduafetzen gehn ab. Schwangerschaftszeichen. Diagn.: Extrauteringrav. Therapie: Laparot. 13. Okt. Die schwangere rechte Tube wird leicht stumpf befreit und das Ligam. durchschnitten. Glatte Heilung.

225) Onufriew. *Med. Rundschau 91 p. 674*[1]). Pat. 33 a. n., hat 4 Mal geboren. Letzte Menstruation vor 1 Jahre, Hielt sich seitdem für schwanger, verspürte Kindsbewegungen. In der 36. Woche hören Kindsbewegungen auf und wehenartige Schmerzen treten auf. Mehrmals Blutungen. Im Leibe eine Geschwulst fühlbar, welche allmählich abnimmt in 7 Wochen weiterer Beobachtung. Therapie: Laparotomie. Exstirp. des Fruchtsackes. Genesung nach Eiterung der Hautwunde. Anat. Diagn.: Tubarschwangerschaft im 12. Mon., Foetus seit 3 Mon. todt. Länge desselben 47 Ctm., Gewicht $6^1/_2$ *Ct.*

226) Olshausen. *Deutsche med. Wochenschr. 90 p. 192.* Pat. 40 a. n., hat vor 6 Jahren geboren, normales Wochenbett. Letzte Menstruation 3. Apr. 88. Im Juni Erkrankung mit Fieber und Schmerzen in der linken Seite des Leibes. Im Nov. Abgang von Häuten. Status: 25. Febr. 89. Ausdehnung des Leibes wie in der 2. Hälfte der Schwangerschaft. Tumor bis 3 Querfinger über den Nabel, Consistenz verschieden, keine Kindstheile, aber Schädel zu fühlen. Uterus ist vom Tumor zu isoliren, nicht vergrössert, rechts. Therapie: Laparatom. den 2. März. Totalexstirpat. des Fruchtsackes nach Losschälung und Unterbindung des Stieles. Glatte Genesung, nach 3 Wochen Entlassung. Anat. Diagnose: Linksseitige, tubare Schwangerschaft, obgleich linkes Ovarium fehlte, weil reicher Gehalt an Muskelfasern im Fruchtsack. Foetus 1250 Gr., 39 Ctm. Die Diagn. war gestellt worden. Die Frucht im 8. Mon. abgestorben.

227) Herzfeld. *Wiener klin. Wochenschr. 92 p. 405.* Pat. 41 a. n., Periode immer schmerzhaft gewesen. Hat 2 Mal geboren, zuletzt vor 14 Jahren. Okt. 91 letzte Menstruation und Pat. fühlte sich schwanger. Ende Dec. plötzlich Blutung und Abgang von Gewebsfetzen. Blutung dauert fort.

---

1) Petersb. med. Wochenschr. 92 p. 315.
2) Ref. Journal f. Geb. u. Fr. 91 p. 852.

Status: Schwangerschaftszeichen. Linke Unterleibsgegend empfindlich. Uterus vergrössert, der linken Kante desselben ein orangegrosser, teigiger, elastischer Tumor angelagert. Diagnose: Gravid. tubaria sinistra. Therapie: 6. Febr. Laparotomie. Beckenhochlagerung. Im Abdomen wenig Blut. Linke Tube im ampulären Theil klein, apfelgross. Unterbindung und Exstirpat. der Adnexe. Verlauf: Afebril mit kleinem Nahtabscess, und 28. Febr. geheilt entlassen. Anat. Diagn.: An der Tubenwand Deciduazellen und Chorionzotten nachweisbar. Diagnose bestätigt.

228) Sklifossowski. *Wratsch. 89 p. 485.* Pat. 25 a. n., hat eine kindskopfgrosse Geschwulst im Unterleibe, welche mit dem Uterus zusammen beweglich ist. Im 7. Jahre litt sie an Schmerzen in der linken Seite des Unterleibes. Hat 1 Mal geboren vor 2 Jahren, vor 1 Jahr wieder schwanger, jedoch erfolgte nach 9 Monaten keine Geburt, sondern blos schwache Wehen und etwas Blutung, darauf nahm der Leib an Umfang ab. Diagn.: Extrauteringrav., oder Fibromyoma Uteri. Therapie: Laparot. 9. Mai Herauswälzung des Tumors, Unterbindung, Exstirpation. Adnexe sind normal. Geheilt entlassen am 7. Juni. Anat. Diagnose: Schwangerschaft im rudimentären Uterushorn. Foetus 36 Ctm. lang, todt.

229) Lebedew. *Vereinig. der russ. chirurg. u. Petersb. med. Ges. Sitzg. 23. Nov. 91*[1]). Pat. 32 a. n., klagt über einen Tumor im Leibe. Hat vor 11 Jahren mormal geboren. Regeln sistiren 2 Monate, vom 15. Aug. an. 26. Okt. Blutung aus Genetalien. Von da an Vergrösserung und Schmerzen des Leibes. 25. Dec. erste Kindsbewegungen. 20. Mai sehr starke Schmerzen mit Blutung. Status: In der rechten Seite eine Geschwulst von ungleicher Consistenz neben einem sehr beweglichen Uterus, dessen Höhle 9 Ctm. lang. Beide Ovarien nicht schmerzhaft. Diagnose: Extrauteringrav. Therapie: Laparot. und Exstirpat. des Sackes. Glatte Genesung. Anat. Diagn.: Rechte Tubenschwangerschaft. Foetus 1285 Gr.

230) Sänger. *Gesel. f. Geb. u. Gyn. zu Leipzig 18. Nov. 89*[2]). Pat. 39 a. n., hat 2 Mal geboren, zuletzt vor 17 Jahren. Letzte Regel im Oct. 88. Im Jan. plötzlich heftige Schmerzen im Unterleib, im März wieder solch ein

1) Ref. Wratsch 91. p. 1093.
2) Ref. Centralbl. f. Gyn. 1889 p. 522.

Regel. Im Juni starke Blutung 6 Tage lang mit Schmerzen rechts im Unterleib. Status: Schwangerschaftszeichen. Im Anfall, im April Kindsbewegungen, welche Ende Juni aufhörten. Anfang Juli Ausstossung einer fleischigen Masse unter Wehen. Von da an Besserung. Status: Unter den Bauchdecken deutlich Kindstheile zu tasten. Eine kindskopfgrosse Geschwulst links. Therapie: Operat. am 25. Oct. 89. Frucht im 7. Monat, lag frei in der Bauchhöhle. An der linken Beckenwand lag ein glatter Tumor, der an einem Stiel hing, welcher abgebunden und durchschnitten wurde. Verlauf: Erste Woche fieberlos, dann 5 Tage Fieber. Weiterhin ungestörte Heilung. Anat. Diagn.: Die Geschwulst, augenscheinlich der einstige Fruchthalter, war völlig in sich geschlossen, nirgends die kleinste Oeffnung.

Nach Totalexstirpation in den 5 letzten Monaten vor Ruptur verliefen mit unglücklichem Ausgang:

231) Rosthorn. *Wiener klin. Wochenschr. 88 Nr. 27 u. 28*[1]). Pat. 23 a. n. Nullipara. Diagn.: Cystoovarium dextr. Therapie: Laparat. und Entfernung des rechten Uterushornes, der Tube und des Ovariums, ohne Eröffnung des Uteruscavums. Langsame Genesung. Anat. Diagn.: Im rudimentär entwickelten Nebenhorn des Uterus eine 8 Monat alte Frucht.

232) Doleris. *Bull. et membr. de la societé obitetr. et gynaec. de Paris Nr. 6 Séance de Juni 88*[2]). Pat. 32 a. n., ist 11 Jahre steril verheirathet. Letzte Regel Ende Januar. Früher immer gesund gewesen. Schwangerschaftszeichen. Schmerzen, Blutungen. Diagn.: Drohender Abort. Schmerzen bestehen fort. Am 2. Juni zuerst eine Geschwulst bemerkt, rechts neben dem vergrösserten Uterus. Diagn.: Extrauteringrav. Therapie: Laparotomie 14. Juni, Exstirpat. des ganzen Fruchtsackes. Ausgang: Tod durch Collaps. Anat. Diagn.: Tubenschwangerschaft. Foetus 5 monatl.

Nach Totalexstirpation in den 5 letzten Monaten nach Ruptur verliefen mit günstigem Ausgang:

233) Zajaitsky. *Centralbl. f. Gyn. 1888. p. 652.* Pat. 33 a. n., 10 Jahre steril verheirathet. Im April letzte

1) Ref. Centralbl. f. Gyn. 1889 p. 229.
2) Ref. Journ. f. Geb. u. Fr. 89 p. 76.

vordern Scheidengewölbe eine hühnereigrosse Geschwulst, welche keine directe Verbindung mit dem Uterus hat. Kindstheile zu fühlen, aber keine Kindstöne hörbar. Uterus nicht vergrössert. Diagn.: Extrauteringrav. der rechten Seite mit todter Frucht und Vereiterung des Sackes. Therapie: 14. Nov. Im Abdomen Blut. Totalexstirpat. Glatte Genesung. Anat. Diagn.: Tubarschwangerschaft, vielleicht Ovarialschwangerschaft. Intraligamentäre Entwickelung. Foetus im 6. Monat.

234) Olshausen. *Deutsche med. Wochenschr. 90, p. 173*[1]). Pat 30 a. n., hat 1 Mal geboren mit normalem Wochenbett. 10. Febr. 88 Beginn neuer Schwangerschaft. Im Juli Kindsbewegungen, 15. April 8 tägige Blutung. 7. Mai erkrankte Pat. mit Schmerzen und Fieber. Status: Kindstheile und -töne wahrzunehmen, aber keine deutliche Begrenzung des Tumors. Uterus vergrössert. Linke Adnexe völlig normal. Verlauf: Normale Geburt. 5 Wochen nachher wird Pat. entlassen. 1 Jahr und 16 Tage nachher kam Pat. wieder mit Collapserscheinungen, am 29. Sept. hatte sie die letzte Menstruation gehabt. Diagn.: Extrauteringrav. mit Ruptur. Therapie: Lebendes Kind durch Lapar. entfernt, 10 Tage vor Termin. Kind lag frei in der Bauchhöhle. Placenta und Eruchtsack entfernt. Blut wird theilweise zurückgelassen. Genesung ohne Fieber und Entlassung. 4 Wochen nach Operation gesund.

235) Warneck. *Med. Rundschau 1889 pag. 711.* Pat. 26 a. n., hat 4 Mal geboren, zuletzt im März 88. Nach 6 Wochen traten die Menses wieder regelmässig auf, aber es stellten sich in Zwischenräumen von 2—14 Tagen Blutungen ein, welche bis Novemb. 88 dauerten. Im November ging 4 Mal Eiter mit Blut ab, zugleich Schmerzen in der rechten Seite. Im Novemb. bemerkte Pat. eine Geschwulst von der Grösse einer Gurke, welche wuchs. Bis März 89 war keine Blutung und keine Regel, Pat. hielt sich für schwanger. Im Jan. Kindsbewegungen, welche bis zum 17. März dauerten. An diesem Tage starke Blutung und nach 2 Tagen Ausstossung eines fleischigen Stückes. Seitdem auch kein Wachsthum der Geschwulst mehr, Schmerzen bestehen fort. Status: 5. Juli 89 eingetreten. Auf der rechten Seite des Abdomens eine Geschwulst von weich-elastischer Consistenz, welche bis 4 Querfinger unter den Nabel reicht, in derselben scheinen Kindstheile fühlbar, links ist der Ton überall tympanitisch. Uterus

1) Ref. Centralbl. f. Gyn. 1888 p. 811.

nicht vergrössert, durch die Geschwulst nach oben und links verdrängt, ein Zusammenhang ist nicht nachzuweisen. Fieber. Anämie. Diagn.: Zweifelhaft zwischen Extrauteringrav. und Abscess der Tube. Therapie: Nachdem Pat. bis zum 21. Juli in dem Hospital sich aufgehalten und sich etwas erholt hatte, wurde, da die Schmerzen nicht nachliessen und Extrauteringrav. jetzt festgestellt war die Lapar. gemacht. Foetus lag frei in der Bauchhöhle und wurde entfernt. Ein kindskopfgrosser Tumor hing durch einen dünnen Stiel mit der Beckenwand zusammen, Abbindung, Abtragung. Darauf wurde die Bauchwunde gereinigt und geschlossen. Verlauf: Bis zum 10. Tage günstig, darauf beginnt Fieber bis 39,0° und der Husten wird stark, Nachtschweisse, pneumonischer Herd in der linken Lungenspitze. Auf der Stelle, wo Geschwulst gewesen war, entstand ein kleiner Abscess, welcher am 23. Tage im unteren Wundwinkel zum Durchbruch kam. Trotzdem besserte sich das Befinden nicht, obgleich sich die Wunde vollkommen schloss, die Lungensymptome wurden stärker. Regel trat nicht ein. Am 25. Sept. d. 67. Tag nach Oper. trat die Kranke aus mit verheilter Wunde und normalem Parametrium. Sehr abgemagert. Anat. Diagn.: Macerirte Frucht im 6. Monat der Schwangerschaft. Rechte Tubenschwangerschaft, rechtes Ovarium nicht zu finden.

236) Lawson-Tait. *Lanzet 1888, Sept. p. 409*[1]). Pat. 27 a. n. Nullipara. Zu Weihnachten blieben die Menses aus, bis März. Diese Zeit wurde Pat. an Entzündung des Uterus behandelt. Anfang März profuse, 14 Tage dauernde Menstruation. T. sah sie zuerst am 4. Juli, wo sie die Zeichen der Eiterung im Becken bot. Kindskopfgrosser Tumor, unbeweglich, in der linken Seite des Beckens. Diagn.: Vereiterung der linken Tube. Therapie: Lapar. Eröffnung einer Cyste von Orangengrösse, Entfernung des Inhaltes und Ausschälung der Cystenwand, in welcher harte Stellen, Knochen der Frucht. Anat. Diagn.: Rupturirte Tubenschwangerschaft.

237) Rein. *Beilage zu den Sitzungsprotoc. der Geb. u. Gyn. Gesel. zu Kiew 90 p. 59—87*[2]). Pat. 35 a. n., VIII para, hat 6 Mal normal geboren, nach der 6. Geburt Puerperalerkrankung, da nneinmal abortirt. Pat. im 7. Schwangerschaftsmonat, keine Kindsbewegungen fühlbar. Die Geburt erfolgt nicht zum Termin, aber die Periode kommt wieder. Neben dem Fruchtsack ein elastischer Tumor. Diagn.: Neo-

1) Ref. Centralbl. f. Gyn. 89 p. 229.
2) Ref. Jahresb. v. Frommel 1890 p. 123.

plasma Ovarii, Cystofibroma Uteri, ektopische Schwangerschaft unwahrscheinlich, weil keine Kindsbewegungen und kein Deciduaabgang. Therapie: Lapar. 3. XI 89. Entfernung des Fruchtsackes sammt Placenta im 13. Schwangerschaftsmonat. Genesung mit zufälliger Jodoformvergiftung. Anat. Diagn.: Tubenschwangersch. Ruptur im 7-ten Monat. Haematocelenbildung. Ausstossung der Frucht in die Bauchhöhle.

238) Ellenmeyer. *Hospitals Titende 88 Nr. 30*[1]). Pat. 27 a. n., I para, an Dysmennorrhoe leidend. Im 4. Monat gravid. Zeichen innerer Blutung vorhanden. Links vom Uterus eine elastische Geschwulst. Therapie: Lapar. mit Excision des Fruchtsackes nach Unterbindung des Stieles. Reactionslose Heilung, 5 Wochen nach Operation Entlassung. Am Tage vor Operation ging eine Decidua ab Anat. Diagn.: Grav. tubo-abdominalis. Foetus 19 Wochen alt.

239) Wyder. *Arch. f. Gyn. Bd. 41. Heft 1 u. 2*[2]). Pat. 31 a. n., hat vor 6 Jahren 1 Mal geboren, Wochenbett normal. Vor 1 Jahr begann die Menstruation alle 3 Wochen zu kommen und Schmerzen 1 Woche vorher, letzte im Juni 89. 10. August Blutung mit Krampfanfällen, Gewebsfetzen gingen ab. Status: 19. Aug. Uterus wenig vergrössert, links von ihm ein rundlicher, elastischer Tumor, deutlich abgrenzbar. Diagn.: Grav. extraut., Blutung in freie Bauchhöhle. Therapie: Lapar. 29. December. Exstirp. des Fruchtsackes. Heilung. 2 Jahr später normale Geburt.

240) Coe. *New-York. Journ. of. gynec. and obst. Bd. I. Nr. 1. p. 38*[3]). Frau plötzlich von heftigen Schmerzen in der Nabelgegend befallen. Einige Blutungen waren vorher gegangen. Hinter dem Uterus eine orangengrosse Geschwulst. Therapie: Lapar. Im Abdomen Blut und ein 18 Wochen alter Foetus. Der geplatzte linke Eileiter, beide Ovarien und eine rechtsseitige Haematosalpinx wurden mit entfernt. Ausgang: Rasche Genesung.

241) Rein. *Geb. gyn. Gesel. in Kiew 11. Mai 90*[4]). Pat. 26 a. n., hat an Entzündung der Adnexe gelitten und vor 2 Jahren abortirt. 8 Wochen nach letzter Menstruation, Collaps. 4 Tage später Ausstossung der ganzen Decidua. Nach 3 Wochen wieder Collaps. Diagn.: Ruptur der

1) Ref. Centralbl. f. Gyn. 1888 p. 837.
2) Ref. Centralbl. f. Gyn. 1802 p. 62.
3) Ref. Centralbl. f. Gyn. 1891 p. 294.
4) Ref. Wratsch 90 p. 567.

schwangeren Tube. Therapie: Lapar. in extremis, 8—10 Stunden nach Beginn des Collapses. Enorme Blutung in die Bauchhöhle. Exstirp. der rechten schwangeren Tube. Glasdrainage. Glatte Heilung. Lebende Frucht

242) Strauch. *Geb. gyn. Gesct. in Moskau 1881*[1]). Patientin 32 a. n., hat 5 Mal geboren, zuletzt vor 7 Jahren. Vor 3 Jahren Oophoritis dextra. Letzte Regel 14 Febr. 91. 1 Monat später plötzliche Ohnmacht, welche sich 6 Monate später wiederholte. Harnverhaltung, Oedem der Beine, Schmerzen rechts vom Nabel. Status: 2 Geschwülste im Abdomen. Rechte erreicht die Spina ant. sup., linke überschreitet den Nabel etwas. Kindstheile fühlbar, keine Herztöne. Der rechte Tumor ist der vergrösserte Uterus. Diagn.: Extrauteringrav. Therapie: Lapar. 19. Novbr. 91. Extirp. der linken schwangeren Tube. Frucht frei im Bauchraum. Verlauf: Am 2. Tage nach Oper. wird die Decidua ausgeschieden. Ausfluss übelriechend. Temperatur 40°. Endometritis. Desinficirende Ausspülung Genesung. Foetus hatte Deformitäten.

243) Richardson. *Boston med. and surc. Journ. 88. Decbr. 6. p. 549*[2]). Pat 26 a. n. Nullipara. Periode neben leicht blutigem Ausfluss besteht während der Grav. Schwangerschaftssymptome, Kindsbewegungen, welche plötzlich aufhören, ungefähr im 8. Monat nach heftigem Schmerzanfall. Diagn.: Ovarialcyste. Therapie: Lapar. Extraction des Fruchtsackes. Heilung. Placenta verwachsen mit hinterer Abdominalwand und Gedärmen.

244) Leop. Meyer. *Hosp. Tidende 3 R. Bd. 8, Nr. 27 p. 677—682*[3]). I. grav. 27 a. n. Laparot. am 10. Decbr. 1887. Exstirp. eines geborstenen, tubo-abdominalen Fruchtsackes mit einer 5-monatlichen Frucht und den linksseitigen Adnexen. Pat. befand sich bis Septr. des nächsten Jahres wohl. 6. Septbr. wieder Schmerzen und Blutabgang aus der Scheide. Rechte Tube trug eine wallnussgrosse, vom Ovarium nicht zu trennende Geschwulst. Am 25./X. 88 Zeichen innerer Blutung. Der Zustand besserte sich allmählich, Bildung einer Haematocele, welche nach und nach resorbirt wurde. 3 Tage nach Anfall wurde die Decidua ausgestossen. Diagnose: Rechtsseitige Extrauteringrav. (Wiederholte Extrauteringrav.).

---

1) Refere Ptsb. med. Wochschr. 1892 p. 317.
2) Ref. Centralbl. f. Gyn. 1889 p. 477.
3) Ref. Jahresb. von Frommel 1890 p. 118.

245) Rein. *Beilage zu den Sitzungsprotoc. der Geb.-gyn. Gesel. zu Kiew 90, p. 59—87* [1]). Pat. 21 a, n. I para. Schwanger im 8. Monat, gefallen, Leibschmerzen. 6 Wochen vor Ende der Schwangerschaft hörten die Kindsbewegungen auf. Zum Geburtstermin 3 Wochen lang blutiger Ausfluss, ohne Deciduaabgang, keine Geburt. Nach 8 Wochen kommt die Periode 2 Mal wieder. Im 13. Monat der Schwangerschaft zog Patientin fort, kam im 19. wieder. Uterushöhle $7^1/_2$ Ctm. Diagn.: Tubenschwangerschaft. Ruptur im 8. Monat. Tod der Frucht. Therapie: Lapar. im 9. Monat. Totalexstirp. Heilung. Anat. Diagn.: Abdominalschwangerschaft. Placenta am Fundus Uteri, beide Tuben und Ovarien normal.

246) Strauch. *Geb.-gyn. Gesel. in Moscau 1891* [2]). Pat. 28 a. n., seit 8 Jahren steril verheirathet. Discision des Muttermunds, nach 2 Monaten Conception. Regel bleibt aus, Schwangerschaftszeichen. Nach 2 Mon. plötzlich tiefe Ohnmacht. Im 5. Monat ging eine Decidua ab. Frucht durch Bauchwand zu tasten. Diagn.: Geborstene Tubenschwangerschaft. Pat. bekam wieder regelmässig die Periode, aber mit Schmerzen in rechter Seite. Ein Jahr und 9 Monate nach Beginn der Schwangerschaft kam Pat. zu Dr. Strauch. Status: Harte Geschwulst im rechten Hypogastrium, welche bis zur Mitte zwischen Nabel und Symphyse reicht. Im folgenden Monat ab und zu wehenartige Schmerzen, in letzter Zeit alle Tage. Abwechselndes Hart- und Weichwerden der Geschwulst ist zu constatiren. Diagn.: Haematosalpinx dextra. Therapie: Lapar. Ausschälung des Tumors. Blutung aus der Tiefe. Tamponade. Am 3. Tage wird dieselbe entfernt und Pat. nach 3 Monaten gesund entlassen. Anat. Diagn.: Ovarium eng mit Geschwulst verbunden. An der Unterseite des Netzes die mummificirte Frucht. Rechte, im 2. Monat geborstene Tubenschwangerschaft. Frucht hatte sich bis zum 5. Monat in der Bauchhöhle fortentwickelt.

247) Frommel. *Münch. med. Wochenschr. 92, p. 1.* Pat. 36 a. n., letzte Menstruation Ende Mai 90. Hat 3 Mal geboren, nach einer Geburt eine Unterleibsentzündung durchgemacht. 21. März treten Wehen auf, darauf Schmerzen (wahrscheinlich Ruptur). Status 15. April: Leib aufgetrieben. Uterus vergrössert, rechts von ihm ein Tumor. Uterus leer und enthält eine Decidua. Linke Adnexe normal.

1) Ref. Jahresb. von Frommel 1890 p. 123.
2) Ref. Ptsb. med. Wochenschr. 82 p. 315.

Diagn.: Extrautgrav., Frucht wahrscheinlich am 20. März gestorben. Therapie 24. April: Lapar. Im Abdomen Blut. Fruchtsack geborsten. Foetus ausgetragen. Exstirp. des ganzen Fruchtsackes. Glatte Genesung, Entlassung nach 3 Wochen. Anat. Diagn.: Tubenschwangerschaft, wahrscheinlich tubo-abdominal, vielleicht auch tubo-ovariell.

Nach Totalexstirpation in den 5 letzten Monaten und nach Ruptur, verlief mit unglücklichem Ausgang:

248) Wyder. *Arch. f. Gyn. Bd. 41. Heft 1 u. 2*[1]). Von Dr. Odermatt operirt. Pat. 25 a. n. Leidet seit der Verheirathung an Fluor albus. Im 22. Jahre eine Unterleibsentzündung. Nullipara. Letzte Menstruation 15. Juli 90. 16. Okt. Ohnmacht. Druck in der rechten Bauchseite. Keine Kindsbewegungen. 7. Dec. Schmerzanfall. 10. Dec. starke Unterleibsschmerzen, Kältegefühl und kalter Schweiss. Status: Bis zur Nabelhöhle gedämpfter Perkussionsschall, Gefühl von Fluktuation. Verordnung: Eis, Champagner. Diagn.: Extrauteringrav. Berstung in die freie Bauchhöhle. Therapie: Exstirpat. des ganzen Fruchtsackes. Ausräumung des Blutes. Sehr starke Blutung, Tod. Anat. Diagn.: Gravid. im rudimentaeren Nebenhorn eines Uterus bicornis.

Nach Totalexstirp. in den 5 letzten Mon. nach Ruptur ohne Angabe des Ausganges verliefen:

249) Rosthorn. *Wiener. klin. Wochenschr. 90, Nr. 22*[2]). 7-monatl. todtes Kind wurde spontan geboren, danach fühlte Patientin noch 5 Wochen lang Kindsbewegnngen. 9 Wochen später wurde durch Laparot. der ganze Fruchtsack entfernt mit einer macerirten Frucht. Drainage der Höhle mit Jodoformgaze. Anat. Diagn.: Tubenschwangerschaft im abdominellen Abschnitt mit secundärer Abdominalschwangerschaft, zugleich Uterinschwangerschaft.

250) Olshausen. *Deutsche med. Wochenschr. 90, p. 192.* Pat. hat mehrere Mal abortirt, zuletzt vor 8 Jahren. Letzte Menstruation Ende Febr. 89. Im April Kindsbewegungen, welche am 7. Oct. erlöschen, zugleich Erkrankung an Peritonitis. Status: 14. Dec. 89. Abdomen vorgewölbt

1) Ref. Centralblatt f. Gyn. 1892 p. 62.
2) Jahresb. von Frommel 90 p. 115.

wie im 8. Schwangerschaftsmonat, Kindstheile durch die Bauchdecken fühlbar. Uterus vergrössert. Diagn.: Ektopische Schwangerschaft. Foetus vor 10 Wochen abgestorben. Therapie: Laparat. Am 19. Dec. Ausschälung des in der 2. Hälfte geborstenen, nicht von Fäulniss ergriffenen Fruchtsackes, Exstirpat. desselben. Anat. Diagn.: Foetus 39 Ctm., 1378 Gr. Linksseitige Tubenschwangerschaft mit intraligamentärer Entwickelung.

Nach Totalexstirpation in den 5 letzten Monaten ohne Sicherheit, ob Ruptur gewesen, verliefen günstig:

251) Schauta. *Beiträge zur Casuistik, Prognose, Therap. der Extauterinschwangerschaft- Prag, J. G. Calve 1891* [1]). Intralig. rechtsseitige Tubengravid. im 6. Monat. Diagn. gestellt, lebende Frucht. Therapie: Laparat. u. Totalexstirp. des Sackes. Glatte Heilung.

252) Wyder. *Arch. f. Gyn. Bd. 41, Heft 1 u. 2*[2]). Pat. 37 a. n., hat 2 Mal geb., zuletzt vor 7 Jahren. Nach der 2. Geburt starke Schmerzen im Leibe gehabt mit Schüttelfrost, und diese Schmerzen sind nicht ganz vergangen. Anfang Sept., nach 2-monatl. Ausbleiben der Regel Kreuzschmerzen und Blutungen. Jan. 89 Kindsbewegungen, welche Mitte April aufhören. 14 Tage lang Blutungen mit Abgang kleiner Fetzen. Status: Anämisch, Schwangerschaftszeichen. Im Abdomen 2 Geschwülste von der Grösse eines Uterus im 7. Monat der Schwangerschaft. Die rechte Geschwulst unregelmässig begrenzt, die linke leicht fluktuirend. Uterus nach rechts verschoben, vergrössert und leer, Höhle desselben 15 Ctm. lang. Uterus wird mit dem scharfen Löffel ausgeschabt, jedoch keine Deciduazellen nachweisbar. Ovarien nicht gefühlt. Therapie: Laparot. 6. Juli 89. Exstirpat. des ganzen Fruchtsackes. Foetus 47 Ctm. lang, macerirt. Tuben auf beiden Seiten intakt. Placenta und Eihäute unmittelbar an der hinteren Platte des Lig. latum. Genesung. Anat. Diag.: Primäre Abdominalschwangersch. oder secundaere nach Ovarialschwangerschaft.

253) Terrillon. *Arch. f. Tocol. Nr. 3, 1891*[3]). Tubenschwangerschaft von 7 Monaten. Therapie: Laparot. Exstirpat. der Tube mit Fruchtsack. Genesung. Foetus 2600 Gr., 49 Ctm.

1) Ref. Centralbl. f. Gyn. 1891 p. 764.
2) Ref. Centralbl. f. Gyn. 1892 p. 62.
3) Ref. Journ. f. Geb. u. Fr. 91 p. 748.

Nach Totolexstirpation ohne Angabe des Monats vor Ruptur verliefen mit günstigem Ausgang:

254) Parwin. *Journ. of the amer. med. assoc. 91, pag. 102*[1]). Tubenschwangerschaft. Therapie: Laparot. Totalexstirpat. vor der Berstung. Genesung. Wahrscheinlichkeitsdiagn.

255) Baldy. Ibidem[2]). Diagn.: Pyosalpinx. Therapie: Totalexstirp. vor der Berstung. Genesung.

256) Flaischlen. *Gesel. f. Geb. u Gyn. in Berlin. Sitzung. 11. April*[3]). Pat. 37 a. n., hat 7 Mal geboren, 1 Mal abortirt vor 2 Jahren. Letzte Pegel 25. Nov. 89. Ende Januar Schmerzen und Blutungen, letztere bis 31. Jan. Decidua nicht abgegangen. Seit Anfang März wieder andauernd Blutungen. Therapie: Laparot. Foetus mit dem hinteren Blatte des rechten Lig. latum verwachsen. Beim Lösen der Adhäsionen platzt der Fruchtsack und Entleerung des Blutes. Ausgang: Genesung nach glattem Verlauf. Anat. Diagn.: Tubenschwangerschaft.

257) Henry Banga. *Journ. of the amer. med. assoc. 91. Jan. 24 p. 121*[4]). Diagn. gestellt. Therapie: Laparot. Exstirpat. des Eisackes und Eierstockes, in welchem eine Cyste von der Grösse eines kleinen Apfels sich befand. Gebildete Verwachsungen wurden gelöst, aus einer derselben so starke Blutung, dass Tamponade mit Jodoformgaze nöthig. Verlauf: Anfangs eine Temperatursteigerung, wahrscheinlich durch Jodoform, da nach Entfernung desselben die Temperatur sofort fiel. Genesung. Anat. Diagn.: Eisack in der Mitte der linken Tube, keine Ruptur.

258) Hennig. *Ges. f. Geb. zu Leipzig, 366. Sitzg. 20. Febr. 88*[5]). Pat. 37 a. n., hat 4 Mal geboren, 1 Mal abortirt. Seit der letzten Entbindung parametrische Schmerzen und Zeichen perimetritischer Verwachsungen. Anhaltende Uterusblutung. Deciduaabgang. Therapie: Laparot. 7 Dec. mit Exstirpat. der schwangeren Tube. Anat. Diagn.: Linke Tubarschwangersch. Genesung.

259) Szumann. *Nowiny lekarskie 90 p. 409—413*

1) Ref. Centralbl. f. Gyn. 90 p. 862.
2) Ref. Ibidem.
3) Ref. Centralblatt f. Gyn. 1890 p. 365.
4) Ref. Centralblatt f. Gyn. 1891 p. 765.
5) Ref. Centralbl. f. Gyn. 1888 p. 428.

u. 541—551[1]). Ektopische Schwangersch. im rudimentären linken Utershorn. Auskratzung vom Muttermunde aus. Genesung. Anfangs Diagnose eines inkompleten Aborts, weil kein Tumor zu finden, deshalb Auskratzung. Uterushöhle 11 Ctm. lang, aber leer. Seitlich dringt die Sonde in eine zweite 8 Ctm. lange Höhle, die durch ein Septum getrennt ist. Ei in Fetzen entfernt, nach 2 Wochen Genesung.

260) Rowan. *Austral. med. journ. 90, Juni 15*[2]). Pat. 29 a. n., hat vor $^1/_2$ Jahre die letzte Menstruation gehabt, seitdem Beschwerden und unregelmässige Blutungen. Uterus leer, 3 Zoll lang, durch einen etwa orangengrossen, leicht fluktuirenden Tumor nach vorn geschoben, links von letzterem noch eine Geschwulst. Diagnose: Extrauteringrav. Der Tumor im Douglasschen Raum war eine Schwangersch. der rechten Tube mit ziemlich viel Placentargewebe ohne Foetus. Der linksseitige Tumor, ausserhalb des Eileiters so gross wie eine grosse Orange, sein Inhalt ($^1/_4$ Liter) Coagula und bröckliche Massen war bei Lösung der Adhaesionen in die Bauchhöhle geflossen und nur wenig chokoladenartige Masse zurückgeblieben. Der Inhalt schien Verfasser durchaus dem sonst in Eileitern gefundenen zu gleichen. Beide Ovarien cystisch degenerirt, wurden entfernt. Genesung.

261) Theilhaber. *Münch. med. Wochenschr. 91, Nr. 21*[3]). Pat. hat 3 Mal geboren, zuletzt vor 8 Jahren. Letzte Menstruation 1. Jan. 91. 5. Febr. heftige Schmerzen, wehenartig, mit Abgang eines eiförmigen Klumpens. Starke, seit 8 Wochen anhaltende Blutung. Status: Im linken Scheidengewölbe runder, orangengrosser, nicht fluktuirender Tumor von weicher Consistenz. Uterus nicht vergrössert, nach rechts gedrängt. Schwangerschaftszeichen fehlen. Tumor scheint zu wachsen. Therapie: Laparot. Abbindung der Tube medial vom Tumor. Exstirpat. desselben, keine Blutung. Pat. nach 18 Tagen gesund entlassen.

262) Herzfeld. *Wiener klin. Wochenschr. 91, Nr. 43*[4]). Pat. 43 a. n., hat 2 Mal geboren, 1 Mal abortirt. 12. März 91 letzte Geburt. Post partum fühlte Pat. Kindsbewegungen, welche andauerten und der Leib schwoll nicht an. Am 11. Tage post partum Fruchttod. Diagnose:

1) Ref. Jahresb. v. Frommel 1890 p. 122.
2) Ref. Centralbl. f. Gyn. 1891 p. 557.
3) Ref. Centralbl. f. Gyn. 1891 p. 979.
4) Ref. Centralblatt f. Gyn. 1892 p. 295.

Bauchhöhlenschwang. Therapie: Laparot. Exstirpat. des Sackes. Afebriler Verlauf, Genesung. Anatom. Diagn.: Rechte Ovarialschwangerschaft.

263) Landau. *Deutsche med. Rundsch. 90, p. 594*[1]). Pat. 23 a. n. Nullipara. Menstruation, ist aber nie länger als 8 Wochen ausgeblieben. Beständig Schmerzen in der linken Bauchseite. Status: 18. Mai 90 Retroflexio uteri grav. im 3. Monat. Nach 14 Tagen Befund ein anderer: Neben dem elevirten, sehr kleinen Uterus lag links eine gänseeigrosse, vom Uterus trennbare Geschwulst. Keine Schwangerschaftszeichen, deshalb keine sichere Diagn. Therapie: Laparot. der intacte Tumor reisst beim Versuche der Herausbeförderung ein. Totalexstirpat. Verlauf: Glatte Genesung. Anat. Diagn.: Schwangersch. im rudimentären Nebenhorn des Uterus, das von der Scheide abgeschlossen.

264) Carsten. *Berl. Klinik. Mai 91, Heft 35*[2]). Pat. 37 a. n., hat 7 Mal geb., vor 2 Jahren abortirt. Letzte Menstruation 25. Novbr. 89. Blutungen bestehen. Uterus nicht vergrössert, rechts von ihm eine Geschwulst, auf der die Tube zu fühlen. Diagn.: Extrauteringrav. Therapie: Bei Losschälung reisst der Sack ein und Gerinnsel treten heraus. Exstirpat. der rechten schwangern Tube und des Ovariums. Glatte Genesung. Pat. wurde nachher normal schwanger.

265) Fritsch. *Bericht über die gyn. Operationen des Jahrg. 1891—92, pag. 125.* Pat. 32 a. n, hat 3 Mal geboren. Laparot. linke schwangere Tube entfernt. Viele Adhaesionen im Abdomen. Glatte Genesung. Tube nicht geborsten, im lateralen Theil ausgedehnt.

Nach Totalexstirp., ohne Angabe des Monats, nach Ruptur verliefen günstig.

266) Hollstein. *Deutsche med. Wochenschr. 88 Nr. 39*[3]). Pat. 37 a. n., hat 1 Mal vor 4 Jahren geboren, im Wochenbett Puerperalfieber. Ein Jahr später an einer entzündlichen Affection des Unterleibes behandelt. Letzte Menstruation im Octobr. 86, später traten Schmerzen ein. Status: Uterus vergrössert, rechts neben ihm ein kleiner, apfelgrosser Tumor, links hinten ein kleinerer, elastischer,

1) Ref. Berl. klin. Wochenschr. 90 p. 789.
2) Ref. Wratsch 91 pag. 646.
3) Ref. Jahresb. von Frommel 1888.

letzterer ist das vergrösserte Ovarium. Diagn.: Rechtsseitige Tubenschwang. in der Rückbildung begriffen. Es wurde deshalb gewartet, der Tumor wuchs nicht, aber Schmerzen und geringe Blutungen bestanden. Am 15. Jan. fand sich in der Scheide eine Decidua, welche einen vollständigen Ausguss der Uterushöhle darstellte. Hinter dem Uterus ein diffuser Tumor (Haematocele). Exspectatives Verfahren. Jedoch vergrösserte sich der Leib, Puls kaum zählbar, Pat. bleich. Therapie: Lapar. Entfernung des Fruchtsackes. Die Genesung war durch Vereiterung der bestehenden Haematocele complicirt. Entlassung am 14. Apr.

267) Fratkin. *Chirurg. Westnik Juni 92)*[1]. Pat. 36 a. n., hat 2 Mal geb. zuletzt vor einem Jahr, seitdem Schmerzen im Leibe. Letzte Regel im Febr. Seit Apr. Blutungen. Am 27. Apr. Schmerzen, welche im Mai stärker wurden, worauf sie eine Geschwulst im Leibe bemerkte. Status: 11 cm. über die Symphyse reicht eine Geschwulst aus dem Becken, welche aus zwei Theilen besteht, einem rechten runden und linken, länglichen, elastischen. Uterus vergrössert und entspricht der rechten Geschwulst. Diagn: Haematocele in Folge von Extrauteringrav. Therapie: Totalexsirpation. Chorionzotten nachweisbar. Glatte Genesung. Entlassung nach 14 Tagen.

268) Schwarz. *Verhandlg. des 2. Congresses d. deutsch. Gesellschaft f. Gynack. p. 70*[2]). Berichtet über einen Fall von Extrauteringschwang. in der der drohende Verblutungstod, durch Lapar. und Exstirpat. des Fruchtsackes abgewendet wurde. Erster glücklicher Fall in Deutschland.

269) Meinert. *Correspondenzbl. d. sächs. ärztl. Kreis- u. Bezirksvereins Bd. 47 Nr. 9. 1889*[3]). Wegen starker Blutung Lapar. und Extirp. eines tubo-abdominalen Fruchtsackes mit einer in die Bauchhöhle ausgetretenen Frucht. Ausgang: Heilung.

270) Richardson. *Boston med. and surg. journ. 88 Dec. 6. pag. 549*[4]). Pat. 37 a. n., hat vor 20 Jahren abortirt, seitdem keine Schwangerschaft. Plötzlich Eintritt von Schmerzen im Abdomen, welche am nächsten Tag wiederkehren. Tags darauf rasch zunehmender Collaps. Befund:

1) Ref. Journ. f. Geb. u. Fr. 92 p. 1239.
2) Ref. Jahresb. von Frommel 1888.
3) Jahresb. von Frommel 1889 pag. 114.
4) Ref. Centralbl. f. Gyn. 1889 p. 477.

Abdomen nicht ausgedehnt, per vaginam rechts ein Tumor fühlbar. Therapie: Lapar., Totalexstirpation. Glatte Genesung. Anat. Diagn.: Rechte, geborstene Tubenschwangerschaft.

271) Wylie. *Amer. journ. of obst. 89, Sept. Nov. Dec. 90, Sitzg. 19. März* [1].) Lapar. wegen innerer Blutung (Collapserscheinungen) mit Extirp. des ganzen Fruchtsackes und Placenta, welche am breiten Mutterbande sass. Pat. sehr elend, eine grosse Menge Wasser von 40° wird eingeführt. Genesung.

272) Tuttle. *New-York journ. of Gyn. and obst. 91 Heft 2, p. 124* [2]). IV gravida, wird plötzlich von heftigen Schmerzen befallen, Schwangerschaftssymptome, Anämie. Von der Scheide aus fühlt man überall teigigen Widerstand, aber keine Geschwulst. Diagn.: Geborstene Tubenschwangerschaft. Blutung scheint anzudauern. Therapie: Lapar. Exstirpat. Ausspühlung. Drainage. Genesung. Anat. Diag.: Linke Tubenschwangerschaft.

273) Rein. *Geb. gyn. Ges. in Kiew 11. Mai 90* [3]). Pat. 45 a. n., hat 4 Mal normal geb., Wochenbett normal. Im 2. Mon. der gegenwärtigen Schwangerschaft. Blutungen und Collaps. $1^1/_2$ Mon. krank. Uterus leer. Diagn.: Intraligamentaer entwickelte Tubarschwangerschaft mit lebender Frucht. Therapie: Lapar. 4. Febr. 90. Entfernung der Frucht, der Placenta und aller Eihäute mittels der Enucleation aus dem Peritoneum. Glasdrainage. Genesung. Kind lebt bis jetzt (2 Jahre nach Operation). Es wog 3200 gr., war 49 cm. lang, leichte Asymmetrie des Kopfes. Abgang einer Decidua am 2.—5. Tage nach Operation. Anat. Diagn.: Intraligamentaere, linke Tubarschwangerschaft.

274) Matlakowski. *Gazeta lekarska 92 Nr. 1 u. 2* [4]). Pat. 30 a. n., hat 2 Mal geboren, 1 Mal abortirt. Nach der letzten normalen Regel plötzlich ein Schmerz im Unterleib, der sich nach 17 Tagen wiederholt, mit Ausstossung einer Decidua. Uterus vergrössert, rechts von ihm eine elastische, bewegliche, wallnussgrosse Geschwulst. Diagnose schwankt zwischen Abort und Extrauteringrav. Geschwulst wächst. Therapie: Lapar. Abdominale Ende der Tube erweitert.

1) Ref. Centralbl. f. Gyn. 1890 p. 269.
2) Ref. Centralbl. f. Gyn. 1892 p. 296.
3) Ref. Wratsch. 90 p. 567 u. Centralbl. f. Gyn. 1392 p. 973.
4) Ref. Journal f. Geb. u. Fr. 92 p. 507.

Salpingotomie. Blut im Abdomen, stammt aus dem Riss in der Tube. Glatte Genesung.

275) Werder. *New-York, med. Journ. Jan. 23. 1892*[1]). Pat. 38 a. n., V. para. Letzte Geburt vor 4 Jahren. 4 Mal abortirt. Vor 3 Mon. in der linken Fossa iliaca wehenartige Schmerzen. 16. April starker Schmerzanfall, mit Verfall der Kräfte und Blutung aus den Genetalien. Rechts im Becken ein Tumor, der den vergrösserten Uterus nach links drängt. Diagn.: Ovarialcyste oder Extrauteringrav. Therapie: Lapar. 26. Mai. Im Abdomen Blut, Tube zerrissen mit Blut angefüllt, wird exstirpirt. Kein Foetus, aber Placenta. Glatte Genesung.

276) Fritsch. *Bericht über die gyn. Operation des Jahrg. 91/92 p. 125.* Pat. 25 a. n. Nullipara. Laparat. und Entfernung der linken schwangeren Tube, wallnussgross, enthält ein Stück Placenta, keinen Foetus.

277) Bernays. *St. Louis Clinique of Physicians and Sourgeans 90 Febr. p. 102*[2]). Menstruation 2 Mon. lang ausgeblieben, dann Blutung mit heftigen kolikartigen Schmerzen durch 4 Wochen. Status: Faustgrosse Geschwulst im rechten Parametrium. Sonde dringt 8 Cmt. in den Uterus ein. Therapie: Lapar. Der Stil, bestehend aus Tube und breitem Mutterband wird abgebunden und der Eisack abgetragen, dann ohne Toilette die Bauchhöhle, in der alte Gerinnsel waren, geschlossen. Ungestörte Genesung in drei Wochen.

278) Strauch. *Geb. gyn. Ges. in Moskau 1891*[3]). Pat. 32 a. n., hat 6 Mal geboren, zuletzt vor $3^1/_2$ Jahren. Mitte Juni 91 letzte Regel. Seitdem Schmerzen im Bauch und starke Harnbeschwerden. Ende Aug. Wehen und Blutung, Deciduaabgang. Der Zustand verschlimmert sich. $3^1/_2$ Mon. nach der letzten Regel wird von Dr. Schaternikow und Zylinski die Diagnose Extrauteringrav. gestellt. Status: Schwangerschaftszeichen. Tumor bis 2 Querfinger über den Nabel, den Uterus nach rechts und hinten drängend. Therapie: Lapar. Die Placenta wird vom Schnitt getroffen, sie sass grössten Theils auf dem Dickdarm. Reinigung der Bauchhöhle, Tamponade. Exstirpat. des ganzen Fruchtsackes. Glatte Genesung. Anat. Diag.: Abdominalschwangerschaft, jedoch

1) Ref. Journ. f. Geb. u. Fr. 92 p. 810.
2) Ref. Centralbl. f. Gyn. 1890 p. 879.
3) Petersb. med. Wochenschr. 92, p. 318.

nicht sicher, da von Tuben und Ovarien nichts zu finden, weil alle Organe mit dem Fruchtsack verbacken.

279) Herman. *The Brit. med. Journ. Sept. 27. 1890*[1]). 1887 wurde durch Lapar. die rechte Tube, wegen geborstener Tubenschw. entfernt. 13. Mai 1890 wieder aufgenommen. Diagn.: linksseitige Tubenschw. Therapie: Laparotomie. Genesung. Dauer der Schwangersch. ungefähr 3 Mon. die Grösse des Embryo bewies, dass er nach dem ersten Mon. abgestorben war.

280) Fritsch. *Bericht über die gynaek. Oper. Jahrg. 91/92 p. 125.* Von Gläser operirt. Pat. 31 a. n., hat 5 Mal geboren, zuletzt vor 1 Jahr. Diagn.: Rechte geborstene Tubargrav. Terapie: Lapar. und Exstirpat. der rechten Adnexe. Tubenostien normal. Im mittleren Theil der Tube der geborstene Fruchtsack. Glatte Heilung.

Nach Totalexstirpation, ohne Angabe des Monats, nach Ruptur, verlief unglücklich:

281) Hunter, Robb u. Welch. *Bull. of the John Hopkin's hospit. 91 Okt.—Nov. p. 137*[2]). Diagn.: Geplatzte Extrauteringrav. Trotz des anaemischen Zustandes zu der Oper. geschritten. Es fand sich ein rechtsseitiger Tubensack, der abgetragen wurde. Reinigung. Tod an Erschöpfung.

Totalexstirpation nach Ruptur, ohne Angabe des Monats und Ausgangs, wurde ausgeführt:

282) Boldt. *Amer. journ. of obst. 89 Juli, August Sept.*[3]). Tubenschwangerschaft 4 Wochen nach Ruptur. Die Geschwulst so verwachsen, dass eine Losschälung nicht möglich, nach einigen Monaten nochmals Eröffnung und Losschälung der ganzen Masse, wobei ein Beckenabcess geöffnet wurde, dessen Inhalt sich in die Bauchhöhle ergoss.

Nach Totalexstirpation, ohne Angabe des Monats und ob Ruptur gewesen oder nicht verliefen günstig:

283) Veit. *Ges. f. Gyn. zu Berl. Sitzg. 24 Juni 92*[4]).

1) Deutsche med. Wochenschr. 91 p. 654.
2) Ref. Centralbl. f. Gyn. 1892 p. 583.
3) Ref. Centralbl. f. Gyn. 90. p. 252.
4) Ref. Centralbl. f. Gyn. 1892 p. 904.

Fruchtsack mit der vorderen Bauchwand und der hinteren Uteruswand verwachsen. Therapie: Laparot. und vollständige Exstirpat. des Fruchtsackes. Genesung am 21. Tage.

284) Herzfeld. *Wiener klin. Wochenschr. 92 p. 405.* Pat. 35 a. n., hat 2 Mal geboren, zuletzt vor 5 Jahren. Zangengeburt. Darauf litt Pat. an Unterleibsbeschwerden, sonst immer gesund. Letzte Periode vor 4 Wochen, trat zu spät ein, war sehr profus und erschien nach Heben einer Last, welcher Anstrengung sofort heftige Kreuz- und Bauchschmerzen folgten. Die Blutung hat bis jetzt nicht aufgehört. Status: In der linken regio hypogastrica der vergrösserte, empfindliche Uterus. Links von ihm ein orangegrosser, derbelastischer Tumor. Rechte Adnexe leicht fixirt, normal. Diagn.: Linksseitiger Adnextumor, wahrscheinlich Tubargravidität. Therapie: Laparot. 9. Febr. Beckenhochlagerung. Im Abdomen Blut. Unterbindung der Adnexe und Entfernung derselben mit dem Tumor. Verlauf: Afebril. 25. Febr. geheilt entlassen. Anat. Diagn.: Im Fruchtsack kein Embryo, aber Deciduazellen. Gravid. tubaria sinistra.

Nach Totalexstirpation, ohne Angabe des Monats und ob Ruptur gewesen oder nicht, verlief ungünstig:

285) Wyder. *Korrespondenzbl. f. schweizer Aerzte 91 Nr. 20*[1]. Resektion eines extrauterinen Fruchtsackes. Tod an septischer Peritonitis. Ovarialgravidität.

Nach partieller Exstirpation des Schwangerschaftsproduktes vor Ruptur in den 4 ersten Monaten, verliefen günstig:

286) Strobach. *Inaug.-Diss. Berlin 1887*[2]. Die Regel war ein Mal ausgeblieben. Im 3. Mon. der Schwangerschaft wird eine charakteristische Decidua ausgestossen, 3 Wochen später Laparot. mit Exstirpation der Placenta und eines Theiles des Fruchtsackes, der übrige wird im unteren Wundwinkel eingenäht, austamponirt. Der Fruchtsack riss bei der Operation. Foetus 8 Ctm. Genesung nach 8 Wochen.

287) Morison. *Edinburg 1888 Sept.*[3]. Bei der Incision des Sackes wurde die Placenta getroffen. Zur Blutstil-

1) Ref. Centralbl. f. Gyn. 1892 p. 408.
2) Ref. Centralbl. f. Gyn. 1888 p. 127.
3) Ref. Jahresb. von Frommel 1889 p. 114.

lung wurde der Sack tamponirt und in die Bauchwunde eingenäht. Nach 14 Tagen wurde die Placenta und der 2 monatl. Foetus entfernt. Heilung.

288) Treymann. *Pet. med. Wochenschr. 89 p. 313.* Pat. 31 a. n., hat vor 9 Jahren zuletzt geboren. Periode in den letzten Jahren unregelmässig, 12. Apr. letzte Menstruation. 15. Mai heftige Schmerzen und geringe Blutung. Leidet an Ohnmachten seitdem. Schwangerschaftszeichen. Status: Links vom S Ctm. grossen Uterus ein apfelgrosser Tumor. Während der Untersuchung Ohnmacht und Erbrechen Diagn.: Unsicher, vielleicht Ovarialtumor, oder Extrauteringrav. 27. Juli ein fleischwasserähnlicher Ausfluss unter wehenartigen Schmerzen. 28. Juli Uterushöhle $8^1/_2$ Ctm., links vom Uterus ein orangegrosser Tumor. 29. Juli Abgang eines Deciduastückes. Uebelriechendes Secret aus der Scheide. Therapie: Zuerst exspectativ, da Allgemeinbefinden schlecht, da sich dasselbe noch verschlimmert, so Laparot. am 17. Aug. Fruchtsack mit Bauchwand verwachsen, nicht geborsten, wird incicirt und ein 3 Monat alter Foetus extrahirt. Drainage. Verlauf: Günstig am 9. Oktb. entlassen.

289) Fritsch. *Bericht über d. gynäk. Oper. d. Jahrg. 91/92, p. 125.* Pat. 36 a. n., hat 3 Mal geboren, zuletzt vor 2 Jahren. Befindet sich im 4. Mon. der Gravidität. Terapie: Laparot. Links liegt der nicht geborstene Fruchtsack. Incision desselben. Entfernung einer lebensfrischen Frucht im 4. Mon. Einnähung des Sackes. Tamponade. Allmähliche Genesung.

290) Fritsch. *Bericht über d. gynaek. Operat. d. Jahrg. 91/92 p. 125.* Pat. 38 a. n., hat 2 Mal geboren, 1 Mal abortirt. Lapar. Incision und Ausräumung des Sackes, der gegen die Bauchhöhle abgeschlossen ist. Foetes 9 Ctm. verjaucht. Glatte Heilung.

Nach partieller Exstirpat. des Schwangerschaftsproduktes in den 4 ersten Monaten vor Ruptur, verliefen ungünstig.

291) Salin. *Hygiea 91. Bd. 53, Octbr. p. 414—429*[1]). Pat. 34 a. n., ist seit 13 Jahren steril verheirathet. Letzte Regel April 90. Am 1. Juni plötzlich Erkrankung mit Erbrechen, Ohnmacht und Schmerzen. Nächsten Tag Blutung, welche nach 3 Tagen wiederkam und anhielt. Unter-

1) Ref. Jahresb. von Frommel 91 p. 123.

suchung: 1. Juli. Pat. anämisch, leidend. Rechts vom vergrösserten Uterus eine kindskopfgrosse Geschwulst. Bei der Untersuchung wurden Deciduafetzen ausgestossen. Die Schmerzen hielten an und steigerten sich 2—3 Mal täglich zu Anfällen; Obstipation, Harnverhaltung geringe Temperatursteigerung. Therapie: Lapar. Blase wird angeschnitten und sofort vernäht. Sackwand riss ein weil sehr dünn und verwachsen. Entleerung eines intacten Eies, Entfernung des rechten Eileiters, der mit dem Fruchtsack in Verbindung stand, Entleerung des letztern, und nach Sistirung der Blutung die Bauchhöhle geschlossen. Keine Drainage. Ausgang: Tod am 5. Tage nach der Operation unter septischen Symptomen. Section: Chronische Peritonitis. Obducent meinte dass die septischen Phenomaene älter wie die Operation seien. Frucht 9,5 Ctm.

292) Sutugin. *Wratsch 92, p. 205* [1]). Pat 37 a. n., letzte Menstruation vor 2 Monaten. Hat 2 Mal geboren, zuletzt vor 14 Jahren. Leugnet die Möglichkeit einer Schwangerschaft. Status: Fieber, Schwachheit, Ohnmachtsanfälle mehrere Male. Hinter dem vergrösserten Uterus fühlte man eine elastische Geschwulst ohne deutliche Grenzen. Fieber nimmt zu, Geschwulst wächst und ist deutlich links vom Nabel zu fühlen. Therapie: Laparot. Incision der Geschwulst, wobei stinkender Eiter herausfliesst. Drainage. Nach 3 Wochen Tod. Section: Im Douglas eine dunkle schwarze Masse mit Knochen. Letztere entsprechen einem Foetus von 8—10 Wochen. Uterus vergrössert. Eierstöcke und Tuben sind genau zu begrenzen. An der hinteren Wand des Uterus die Placenta, in der Nähe der Tube.

293) Iversen. *Howitz Gynaekol og obst. Meddel Bd. VII, Heft 1—2* [2]). Pat. 37 a. n., hat 3 Mal geboren, zuletzt vor 6 Jahren. Nach der letzten Geburt Puerperalfieber, seitdem kränklich. Status: Rechts neben Uterus ein kindskopfgrosser, im Becken nicht fixirter Tumor. Geschwulst und Schmerzen nehmen zu. Therapie: Laparot. Mit Probetroicart wurde gelbe Flüssigkeit entleert. Incision, Einnähung der Sackwand in Bauchwunde, 4 monatl. Foetus entnommen. Placenta zurückgelassen. Sack mit Jodoformgaze tamponirt, Tod durch Collaps. Section: Grav. tubo-abdominalis.

294) Joske. *Austral. med. journ. 87, Aug. 15* [3]).

1) Ref. Zeitschr. für Geb. u. Gyn. Bd. 24 Heft I.
2) Ref. Centralbl. f. Gyn. 1888 p. 696.
3) Ref. Centralbl. f. Gyn. 1889 p. 32.

Laparot. Eröffnung des Sackes. Entfernung des 2 zölligen Foetus. Sack an Bauchwand genäht, ein Theil der Placenta auch entfernt. Später bei Stockung der Secrete Gegenöffnung in der Vagina. Septische Delirien. Tod.

Ohne Angabe des Ausganges, verliefen bei partieller Exstirpation in den 4 ersten Monaten und vor Ruptur:

295) Iversen. *Howitz Gynækol og obst. Meddel Bd. VII, Heft 1—2* [1]). Pat. 28 a. n., hat 3 Mal geboren, zuletzt vor 13 Monaten. Nach 3 monatl. Menopause peritonitische Erscheinungen ohne Fieber, oder Collaps. Befund: Infilteration in der Fossa iliaca zum Theil fluktuirend. Therapie: Lapar. Oeffnung des Sackes, Herausnahme von Coagulis und flüssigem Blut. Höhle mit Jodoformgaze austamponirt. Anat. Diagn. Cystische Geschwulst nach oben von der verdickten Tube.

Nach partieller Exstirpation in den 4 ersten Monaten, nach Ruptur, verliefen mit günstigem Ausgang:

296) Saenger. *Ges. f. Geb. u. Gyn. zu Leipzig 18. Nov. 89* [2]). Pat. 30 a. n. Aufgenommen 8. Okt. 89, hat 4 Mal geboren, zuletzt 85. Menses seit 14 Wochen ausgeblieben. Vor 6 Wochen plötzlich heftige Schmerzen, vor 22 Tagen Abgang einer Decidua. Status: Kindskopfgrosse, besonders die linke Beckenhälfte ausfüllende Geschwulst, welche den Uterus nach vorn, rechts, oben gedrängt hat. Linkes Scheidengewölbe nicht tief herabgebuchtet. Therapie: Operation zweizeitig. 14. Okt. Laparotomie. Schnitt in der linea alba und rechtwinklich, dazu ein zweiter Schnitt nach links. Der Fruchtsack wird mit dem Peritoneum vernäht, die Lücken tamponirt. 10 Tage später Oeffnung des Sackes mit Pacquelin, Entleerung, Ausstopfung, keine Drainage nach Scheide. Rasche Verkleinerung des Sackes, Heilung nach 3 Wochen. Anat. Diagn.: Foetus 9 Ctm. Gravid. tubae sinistrae. III mens. Ruptura intraligamentosa. Haematocele extraperitonealis.

297) Desguin. *Gynaek. Ges. in Brüssel* [3]) Pat. 27 a. n., klagt über starke Schmerzen im Unterleib, welche

1) Ref. Centralbl. f. Gyn. 1888 p. 669.
2) Ref. Centralbl. f. Gyn. 1890 p. 524.
3) Ref Centralbl. f. Gyn. 1891 p. 709.

plötzlich bei einer Anstrengung vor 14 Tagen entstanden seien, Menstruation seit 6 Wochen unterbrochen. Status: Abdomen aufgetrieben, im linken Hypogastrium eine unbewegliche, unregelmässige, schmerzhafte Geschwulst von Kindskopfgrösse. Therapie: Lapar. 10. März Eröffnung des Fruchtsackes und Vernähung mit der Bauchwunde. Foetus von wenig Wochen. Schnelle Genesung. Anat. Diagn.: Extrauterinschwangerschaft mit subperitonealer Haematocele.

298) Derselbe. Ibidem[1]). Diagn,: Pyosalpinx. Starke Schmerzen und Allgemeinzustand verlangen Operation, vor der Operation tritt noch Collapss ein. Therapie: Lap. im 4. Monat. Extraction eines Foetus und Vernähung des Fruchtsackes mit Bauchwand. Zurücklassung der Placenta und Tamponade. Nach 3 Wochen Ausstossung der Placenta, Anat. Diagn.: Tubenschwangerschaft.

299) Fantino. *Riv di Ost. e. Gin. 91 Nr. 7*[2]). Linksseitige geplatzte Tubarschwangerschaft. Foetus im 4. Monat. Die Placenta und ein Theil des Sackes wurden entfernt, der übrig gelassene Sacktheil wurde in die Bauchwunde eingenäht. Tamponade desselben. Drainage. Genesung.

300) Czempin. *Gesel. für Geb. und Gyn. zu Berlin Sitzung 12. April 89*[3]). Pat. 35 a. n., fühlt sich seit 3 Monaten schwanger. Blutung und Schmerzen. Befund: In der Scheide Deciduafetzen, Uterus vergrössert, rechts neben ihm ein apfelgrosser, prallelastischer Tumor, welcher wächst. Schwangerschaftszeichen. Diagn.: Extrauteringrav. Therapie: Lapar. Entfernung der Ovarialcyste, Entleerung der Haematocele und Drainage derselben nach der Scheide. Heilung. Anat. Diagn.: Der rechts gefühlte Tumnr ist eine Ovarialcyste, welche vielleicht Ursache der Extrauteringrav. gewesen. Rechts und hinter dem Uterus findet sich der geborstene Fruchtsack. Frucht war todt. Abdominales und uterines Ende der Tube deutlich erkennbar, mittlere Partie durch Operation eingerissen. Placenta sass auf der hinteren Seite des Lig latum. Anscheinend. abdominale Gravidität.

301) Dobbert. *Protok. d. Vereins St. Ptsb. Aerzte. Sitzung 22. Jan. 91*[4]). Pat. 24 a. n., 10. Nov. aufgenommen mit Metrorrhagie. Hat 1 Mal vor 5 Jahren geboren,

1) Ref. Ibidem 1890 p. 251.
2) Ref. Centralbl. f. Gyn. 1891 p. 1027.
3) Ref. Centralbl. f. Gyn. 1889 p. 339.
4) Ref. Petersb. med. Wochenschr. 91 p. 123.

seitdem Menses unregelmässig, letzte Regel im Sept. Anfang Okt. Blutung mit Abgaug fester Partikelchen. Uterus nicht abgrenzbar, Cavum desselben vergrössert. Im rechten Scheidengewölbe eine unempfindliche Geschwulst, welche allmählich zunimmt. Schwangerschaftszeichen. Diagn.: Extrauteringrav. Therapie: Zuerst exspectativ, da sich das Allgemeinbefinden bessert, und Geschwulst abnimmt. 10. Jan. Schüttelfrost, Schmerzen und Wachsen des Tumors. Therapie: 19. Jan. Laparot. Geschwulst mit vorderer Bauchwand verwachsen. Incision und Tamponade des Sackes. Genesung. Anat. Diagn.: Gravid. tubaria sinistra. Haematocele intraperitonealis.

302) Dobbert. *Petersb. med. Wochenschr. 92 p. 452.* Pat. 26 a. n., hat 3 Mal geboren, 1 Mal abortirt. Letzte Menstruation Januar 92. Blutungen. Status: Brüste enthalten Collostrum. Im linken Scheidengewölbe ein schmerzhafter Tumor. Am 19. März ein Ohnmachtsanfall, pulslos, nachher etwas erholt. Decidua am 23. März ausgestossen. Uterus vergrössert, links und rechts von ihm eine teigige Geschwulst, welche bis zum Nabel reicht. Therapie: Lapar. 6. Apr. Sack mit Bauchwand verwachsen. Incision und Entleerung des Sackes. In den Sack ragt die Tube herein, welche nach Unterbindung entfernt wird. Am 22. Mai geheilt entlassen. Anat. Diagn.: Tubenschw. Chorinzotten nachweisbar. Keine Ruptur.

Nach partieller Exstirpation in den 4 ersten Monaten nach Ruptur, verliefen ohne Angabe des Ausganges.

303) Dombrowski. *Protok. des Vereins St. Petersb. Aerzte Sitzg. 22. Juni 91*[1]). Pat. 30 a. n., hat 2 Mal geboren zuletzt vor 10 Jahren. Letzte Regel im Oktober. Im Dec. heftige Blutungen und Schmerzen, hochgradige Anaemie. Status: Uterus vergrössert. Verwölbung des Abdomens, besonders links durch einen elastischen Tumor. Decidua im 2. Monat ausgestossen. Diagn.: Extrauteringrav. Therapie: Zuerst exspectativ, da Geschwulst zunimmt Lapar. am 15. Jan. So viel wie möglich von der Fruchtsackwand exstirpirt. Anat. Diagn.: Gravid. tubaria sinistra. Haematocele intraperiton.

304) Zweifel. *Arch. f. Gynaek. Bd. 41, Heft 1 u. 2*[2]). Pat. 38 a. n., hat 4 Mal geb., zuletzt vor 10 Jahren.

1) Ref. Petersb. med. Wochenschr. 91 p. 133.
2) Ref. Centralbl. f. Gyn. 1892 p. 60.

Letzte Menstruation 14 Tage vor Eintritt in die Klinik. 4 Wochen vor Aufnahme plötzlich heftige Schmerzen, welche vergingen, nach 2 Tagen wieder auftraten. Status: Grosse Geschwulst im Abdomen, welche das kleine Becken ausfüllt und bis Nabel reicht. Uterus vergrössert, nach links verschoben. Diagn.: Wahrscheinlich Ovarialkystom. Therapie: Laparotomie. Incision des Fruchtsackes, Entfernung des grössten Theils der Placenta. Drainge nach Vagina. Im Abdomen war viel Blut. Anat. Diagn.: Foetus im 4. Mon. macerirt. Gravid. tubaria dextra.

Nach partieller Exstirpation in den 4 ersten Monaten, ohne Angabe ob Ruptur gewesen, verliefen mit glücklichem Ausgang.

305) Czempin *Ges. f. Geb. u. Gyn. zu Berl. Sitzg. 28. Juni 89*[1]). Pat. 35 a. n., I gravida. Klagt über Schmerzen der rechten Seite des Unterleibes. Diagn.: Extrauteringrav. Therapie: Laparot. Entfernung der Placenta und Ligation der blutenden Stellen. Jodoformgazetamponade zur Scheide. Genesung. Anat. Diagn.: Rechte intraligamentaere tubare Graviditaet. Frucht im 4. Monat.

306) Morison. *Edinburg med. journ. 1888 Sept*[2]). Therapie: Laparotomie. Incision. Placenta getroffen und starke Blutung. Schwamm in den Schnitt gepresst. Sack an Bauchwunde genäht. Verlauf: Der Schwamm wird entfernt, durch Gazetampon ersetzt. 14 Tage später ein 2 monatl. Foetus entfernt. Allmähliche Genesung.

Nach partieller Exstirpation des Schwangerschaftsproduktes in den 5 letzten Monaten vor Ruptur, verliefen mit günstigem Ausgang:

307) Barsony. *Orvosi Hetilap 88, Nr. 50, 51 u. 53*[3]). Pat. 44 a. n. VI para. Letzte Geburt vor 14 Jahren. Letzte Menstruation vor $12^1/_2$ Monaten. Die vorher lebhaften Kindsbewegungen haben vor 3 Monaten aufgehört, worauf sich 2 Wochen hindurch ein gelber Fluss entlehrte. Therapie: Laparot. Incision des Fruchtsackes, Extraction eines 45,5 Ctm. langen, 1950 Gr. schweren macerirten Foetus. Fruchtsack fast vollständig entfernt, Toilette. Idealer Verlauf. Anat. Diagn.: Wahrscheinlich Tubarschwangerschaft.

1) Ref. Centralbl. f. Gyn. 1889 p. 552.
2) Ref. Centralblatt f. Gyn. 1890 p. 87.
3) Ref. Centralbl. f. Gyn. 1889 p. 385.

308) Münchmeyer. *Gyn. Ges. zu Dresden. Sitzg. 9. Okt. 90*[1]). Pat. 37 a. n., hat 1 Mal normal geboren. Letzte Regel 28. Juli 89, etwa $10^1/_2$ Monate vor der Aufnahme. Anfang März wieder eingetreten mit Frostanfällen und 3 Mal wiedergekehrt. 8 Tage vor Weihnachten Kindsbewegungen, welche nach 2 Monaten erlöschen. Status: Schwangerschaftszeichen. In der linken Bauchgegend ein den Nabel um zwei Querfinger überragender Tumor, der aus dem kleinen Becken kommt. Uterus nicht vergrössert, nach rechts verdrängt, leer. Diagn.: Linksseitige Schwangersch. mit abgestorbener Frucht. Der Kräftezustand verschlimmert sich. Therapie: Laparot. Der Fruchtsack reisst ein, die austretende, eitrige Flüssigkeit wird aufgefangen. Jodoformgazestreifen schützen vor Nachsickern. Bauchfell des Fruchtsackes und Bauchwand durch Nähte vereinigt und Bauchhöhle geschlossen. Nach 6 Tagen Eröffnung des Fruchtsackes und Extraktion eines macerirten Foetus im 7. Monat, Entleerung von Eiter, Ausspülung des Sackes mit Borsalicylsäure. Verlauf: Fieberlos. Es entsteht eine Communication mit Mastdarm, ohne nachweisbare Ursache, Fistel schloss sich, Genesung.

309) Schneider. *Deutsche med. Wochenschr. 92 Nr. 37*[2]). Operirt von Körte. Pat. 33 a. n., Okt. 90 aufgenommen, hat 2 Mal geboren. Im Juli letzte Menstruation. Status: Uterus 11 Ctm. lang, leer. Kein Abgang von einer Decidua und keine Blutung, aber Schmerzen. An der linken Seite des Uterus ein über zweifaustgrosser Tumor, rechte Anhänge frei. Diagn.: Extrauteringrav. im 4. Monat. Operation wird nicht gewollt. Mitte Jan. kam Pat. wieder. Blutungen sind gewesen. Starke Schmerzen, Leib aufgetrieben, besonders links sehr empfindlich, Uterus vergrössert, keine Kindstöne und -bewegungen. Therapie: Laparot. 2. Febr. 91 im 7. Monat. Einnähung des Fruchtsackes in die Bauchwunde, ein lebendes Kind wird extrahirt, welches $3^1/_2$ Stunden am Leben bleibt. Genesung. Später Bildung eines Bauchbruches, 9 Monate nachher. Chloroformtod an Herzsynkope vor Beginn der Laparot. behufs Beseitigung des Bruches.

310) Herzfeld. *Wiener klin. Wochenschr. 92, p. 405.* Pat. 39 a. n. Menstruation in den letzten Jahren mit Schmerzen, Pat. war nie krank, hat 4 Mal geboren, zuletzt vor 7 Jahren, Wochenbett normal. Seit 2 Jahren häufig Brennen

1) Ref. Centralbl. f. Gyn. 1891 p. 25.
2) Ref. Centralblatt f. Gyn. 1892 p. 991.

beim Uriniren und reichlicher Ausfluss aus der Scheide. Letzte Menstruation Febr. 91. Im Novemb. Kindsbewegungen und wehenartige Schmerzen. 25. Nov. ging Blut ab und fleischwasserähnliche Flüssigkeit. Geschwulst nahm ab. Status: Im Abdomen ein Tumor bis 4 Querfinger unter den Schwertfortsatz. Consistenz mässig hart. Diagn.: Extrauteringrav. Therapie: Laparot. 6. Febr. Rechte Tube enthält den Fruchtsack, linke Adnexe normal. Der Tumor mit Darm und Uterus so verwachsen, dass er nicht zu lösen ist, seine Wandung sehr gespannt, so dass Kindstheile nicht zu fühlen. Spaltung des Sackes, Entfernung einer 2000 Gr. schweren, 48 Ctm. langen, macerirten Frucht und Vernähung desselben mit Bauchwand. Fieberlose Genesung, Placenta stösst sich in Fetzen ab. Anat. Diagn.: Intraligamentaere Gravidit. tubaria dextr.

311) Zweifel. *Arch. f. Gyn. Bd. 41 Heft 1 u. 2* [1]). Pat. 35 a. n., hat 5 Mal geboren. Im Anschluss an 4. Geburt Kindsbettfieber, 2 Mal abortirt. Letzte Geburt vor 4 Jahren, letzte Menstruation 10. Nov. 90. 3 Wochen vor Eintritt (10. März 91) traten Blutungen ein mit Abgang von Fleischfetzen. Status: Schwangerschaftszeichen. Uterus 8 Ctm. lang. Tumor im Abdomen bis Handbreit über Symphyse. Diagn.: Extrauteringrav. mit Berstung und Hämatocelenbildung. Therapie: Lapar. und Incision. Entleerung übelriechenden Blutes. Exstirpat. beider Tuben und Ovarien. Der Sack nach Scheide drainirt. Verlauf: Glatte Genesung.

312) Schustler. *Wien. med. Wochenschr. 87, Nr. 15 u. 16* [2]). Pat. 33 a. n., hat wiederholt spontan geboren. Letzte Regel Sept. 84, später Kindsbewegungen, welche Anfang Oct. 85 sistirten. Genitialblutungen, constante Vergrösserung des Abdomens. Diagn.: Multiloculäres Cystom des linken Ovariums. Therapie: Lapar. und Punktion der Geschwulst, ein macerirter, männlicher, vollkommen ausgetragener Foetus wird entfernt. Ausschälung des ganzen Sackes mit Planceta gelingt nicht, Vernähung mit der Bauchwand. Verlauf: Ausstossung nekrotischer Fetzen, langsame Schrumpfung. Ausgang günstig.

313) Pinard. *Ges. f. Gyn. u. Geb. in Berl. 12. März 90* [3]). Ausstossung einer Decidua im 3. Monat, und

1) Ref. Centralbl. f. Gyn. 92 p, 60.
2) Ref. Centralbl. f. Gyn. 88 p. 319.
3) Ref. Centralbl. f. Gyn. 90 p. 373.

peritonitische Erscheinungen. Foetus ausgetragen. Therapie: Lapar. Der Uterus ist durch den Fruchtsack nach hinten und oben gedrängt. Blase bildet die untere Wand. Plac. zurückgelassen. Antisepsis mit wässriger Naphthollösung. Placenta löste sich zwischen dem 12. und 16. Tage. Nach dem Fruchttod hatte die Spannung des Eies zugenommen. Genesung.

314) Derselbe. Ibidem[1]). Ausgetragene Extrauterinschwang. verlief symptomlos, daher Diagn.: Uterinschwang. Therapie wie beim vorigen Fall. Genesung.

315) Herzfeld. *Wiener med. Wochenschr. 92. p. 405.* Pat. 38 a. n., hat 1 Mal geboren anno 81, Geburt und Wochenbett normal. Mai letzte Menstruation. Immer gesund gewesen. 3 Wochen nach letzter Periode erkrankt mit Fieber, Erbrechen und krampfartigen Schmerzen im Leibe 8 Tage lang. Nach 3 Wochen wieder so ein Anfall, Okt. 91 ersten Kindsbewegungen auf der rechten Seite. Im Febr. 92 hörten sie auf. Blasenkatarrh bestand und sie ging in die gynäkol. Klinik. Seit 4 Tagen Blutabgang. Status: 11. März 92, Schwangerschaftszeichen. Im Abdomen ein Tumor, der bis 4 Querfinger unter den Schwertfortsatz reicht. Uterushöhle leer. Aus den Genetalien gehn Blut und Deciduafetzen ab. Therapie: Lapar. 13. März. Beckenhochlagerung. Der Sack mit Bauchwand verwachsen, Incision, besonders da Zersetzung des Inhaltes zu vermuthen. Placenta sitzt vor, wird durchschnitten ohne Blutung, dann die Frucht entwickelt. Tamponade und Schluss. Frucht 2500 gr., 45 Ctm. Verlauf: Tamperat. steigt am 9. Tage ziemlich plötzlich auf 39,4°, Puls 154. Placenta wird in Stücken abgestossen. Allmähliche Besserung, am 7. Mai geheilt entlassen. Grav. tubaria dextra, normales Ende der Schwangerschaft.

216) Andry. *Arch. de Tocol. 90 Nr. 8*[2]). Es handelt sich um eine linksseitige Tubengrav., bei der die Frucht im VIII. Mon. abgestorben war. Therapie: Nach $7^1/_2$ Monat wird die Laparat. gemacht, Fruchtsack mit Bauchwunde vernäht. Placenta begann nach 14 Tagen sich in gangränösen Fetzen zu lösen. Später verkleinerte sich der Fruchtsack. Genesung.

317) Thesen. *Norsk Magazin for Lageridenskaben. R. 4. Bd. 5. 90. Nr. 9 p. 593—602*[3]). Pat. 32 a. n., hat

1) Ref. ibidem.
2) Ref. Jahresb. von Frommel 1890 p. 112.
3) Ref. Jahresb. v. Frommel 90 p. 119.

1 Mal geb., 1 Jahr später Syphilis, dann Gonnorrhoe acquirirt. Letzte Regel Dec. 88. Vom 3. Monat an Schmerzen rechts im Leibe. Ende Aug. wehenartige Schmerzen, Blutabgang und Abgang eines Häutchens. Seitdem keine Kindsbewegungen. Allgemeinzustand verschlechtert sich. Diagn. leicht zu stellen, da die Fruchttheile deutlich zu fühlen, und Uterus leicht abgrenzbar und leer war. Durch gute Pflege erst Verbesserung des Befindens, dann aber Vergrösserung des Fruchtsackes und Fieber. Therapie: Laparot. 8. I. 90. Extraction des Foetus. Lösung der Placenta ohne Blutung. Vernähung des Sackes mit Bauchwand. Genesung. Foetus war ausgetragen.

318) Chaudelux. *Lyon med. 90 Jan. 12*[1]). Pat. hat 1 Mal abortirt mit nachfolgender Peritonitis vor 4 Jahren. Menses cessiren, Schwangerschaftszeichen, Kindsbewegungen vom 5. Monat an. Am rechtzeitigen Ende starke Vermehrung der Schmerzen, ohne Blutabgang, seitdem keine Kindsbewegungen. Therapie: Laparotomie im 14. Monat. Incision, Entfernung des macerirten Foetus. Placenta bleibt und wird am 6. Tage theilweise entfernt. Genesung. Gravid. abdominalis.

319) Riedinger. *Wiener klin. Wochenschr. 1889, Nr. 47*[2]). Pat. 32 a. n., hat 2 Mal geboren. 22. Nov. 87 letzte Regel. Am 279. Tage nach Cessiren der Regel die letzten Kindsbewegungen. Seit dem 13. Sept. geht ab und zu Blut ab. Status: 2. Nov. Abdomen durch einen Tumor, der bis 4 Querfinger über den Nabel reicht ausgedehnt. Der Tumor enthält Flüssigkeit und einen Körper der ballotirt. Uterus vergrössert. Diagn.: Gravid. extraut. mit seit 31. August abgestorbener, reifer Frucht und Circulation in der Placenta. Letzteres, weil Placentargeräusch vernehmlich, es wird schwächer. Therapie: Laparat. 21. Nov. Eröffnung des Sackes, Entfernung der Frucht und der Placenta, wobei heftige Blutung. Verlauf: Unter rascher Verkleinerung des Sackes wird Placenta ausgestossen Anat. Diagn.: Abdominale Gravidität.

320) Braun. *Geb, gyn. Ges. zu Wien Sitzg. 10. Juni 90*[3]). Pat. 35 a. n., Status: Ueber der Sympthyse ein über kindskopfgrosser Tumor, der als Uterus imponirt, rechts

1) Ref. Centralbl. f. Gyn. 1891 p. 242.
2) Ref. Centralbl. f. Gyn. 1891 p. 242.
3) Ref. Centralbl. f. Gyn. 1891 p. 597.

davon eine zweite kleinapfelgrosse Geschwulst, welche sich als fettig degenerirtes Ovarium erweist. Zu beiden Seiten des grösseren Tumors ein, bis zum Schwertfortsatz reichender, elastischer Sack, in dem Kindstheile zu fühlen. Keine Herztöne. Das hintere Scheidengewölbe durch einen derben Tumor erfüllt. Therapie: Laparotomie, Längsincision des Sackes, Extraction einer, 2800 Gr. schweren Erucht. Tamponade. Drainage. Verlauf: Afebril, von der Placenta geht nur ein kleiner Fetzen ab, im Uebrigen schrumpft sie rasch, ebenso wie der Sack.

321) Marchand. *Gaz. des hopitaux 92, Nr. 58* [1]). Pat. 30 a. n., II para, hatte heftige peritonitische Attaquen durchgemacht. Therapie: Lap., Incision des Sackes, starke Blutung welche nach Entfernung der Placenta steht. Foetus 5 monalt., wird lebend extrahirt und bleibt $1^1/_2$ Stunden am Leben. Tamponade. Verlauf: Am 5. Tage p. op. stellte sich eine Communication der Blase mit der Bauchhöhle heraus, wodurch ist unklar. Dieselbe heilte unter Anwendung des Dauerkatheters und Borsäureausspülungen.

322) Zweifel. *Arch. f. Gynaek Bd. 41, Heft 1 und 2* [2]). Pat. 35 a. n., hat 2 Mal geboren. Letzte Menstruation März 1889. Im September Kindsbewegungen. Ende Mai waren Schmerzen mit Ohnmachtsanfällen gewesen. Am 7. Jan. 90, also zum Geburstermin wehenartige Schmerzen. Von da an keine Kindsbewegungen mehr. 8 Tage später Blutung und Abgang einer Decidua. Anfang Juni heftige Schmerzen, Schüttelfrost, hohes Fieber. Status: 18. Juni Leib aufgetrieben, hohes Fieber. Kindstheile zu fühlen. Therapie: Lapar. 19. Juni Incision, Einnähung des Sackes in Bauchwunde. Entlassung am 72. Tage p. op. Anat. Diagn. Gravid. tubaria dextra mit ausgetragenem Kinde.

323) Hamilton. *New-York med. journ. 91. Aug. 22. p. 207* [3]). Pat. 44 a. n., hat 6 Mal geboren und 2 Mal abortirt, letzte Geburt vor 6 Jahren. Jan. 90 letzte Menstruation. Kindsbewegungen hörten auf im 7. Mon. zugleich liessen die Schwangerschaftszeichen nach. Blutungen. Tumor unsymmetrisch, fluktuirend, halbfest. Diagn.: Ovarialcystom, oder Extrauteringrav. Therapie: Lapar. 11. Nov. Sack in Bauchwunde eingenäht. Foetus 5 Kgr. mit einer spina bifida

1) Ref. Centralbl. f. Gyn. 1892 p. 812.
2) Ref. Centralbl. f. Gyn. 1892 p. 60.
3) Ref. Centralbl. f. Gyn. 1892 p. 294.

und einem Hydrocephalus. Placenta stösst sich allmählich ab. Genesung. Entlassung 7. Dec. Anat. Diagn.: Gravid. tubaria intraligam.

324) Leith-Napier *Brit. gynaek. journ. 91. Nov. 27. Sitzg. 8. Okt.*[1]) Vorgeschrittene, ektopische Gravidität mit septischer Peritonitis. Therapie: Laparot. Macerirter Foetus vom 7. oder 8. Mon. Placenta ebenfalls zersetzt und weich. Die Ränder der Cyste werden mit der Bauchwunde vernäht. Heilung.

325) Olshausen. *Deutsche med. Wochenschr. 90. p. 170.* Pat. 27 a. n., hat 2 Mal geboren, beide Mal vorzeitig. Im Juli 84 letzte Menstruation, im Novemb. die ersten Kindsbewsgungen, welche nach ca. 6 Wochen erloschen. 20. März Blutung mit Abgang von Fetzen. Zum Geburtstermin stellten sich Wehen ein. Befund: 22. März: Links unter dem Nabel ist der kindliche Schädel zu fühlen, Uterus nach rechts verschoben. Diagn.: Extrauteringrav. mit todtem Kind. Therapie: Laparot. 11. Mai 85. Incision des Fruchtsackes, wobei 300—400 Gr. faulig-riechender, grüner Flüssigkeit sich entleeren, Extraction des 7. monatl. Foetus. Beim Versuch die Placenta zu lösen so starke Blutung, dass davon abgestanden wird. Vernähung des Fruchtsackes mit Bauchwand. Tamponade. Verlauf: 11 Tage nach Operation löste sich Placenta. 2 Monat p. oper. Pat. geheilt entlassen.

326) Derselbe. Ibid. Pat. 31 a. n., hat vor 10 Jahren ein Mal geboren. Letzte Menstruation Sept. 87. Vom 20. Okt. an 10 Tage Blutung mit heftigen Schmerzen. 5. u. 24. Dec. plötzlich Ohnmachten, aber bald Erholung. Anfang März 88 Kindsbewegungen. 18. März Ausstossung einer intakten Decidua. 23. März hörten Kindsbewegungen auf. Schmerzen verschwanden erst nach Wochen. Untersuchung: 26. März. An der linken Seite des vergrösserten Uterus ein Tumor von der Grösse eines 6monatlich schwangeren Uterus, keine Kindstheile zu fühlen. Diagn.: Extrauterinschwang. Therapie: Laparot. 10. Juni, 10 Wochen nach Tod des Kindes, Vernähung des Sackes mit Bauchwand und Incision. Der 6—7monatliche Foetus und Placenta ohne Blutung entfernt. Tamponade. Glatte Heilung.

327) Frommel. *Münch. med. Wochenschr. 92 p. 1.* Pat. 31 a. n., hat 2 Mal geb. Pat. früher immer gesund gewesen. Letzte Menstruation 25. Juni 90. Ende Oktober

1) Ref. Centralbl. f. Gyn. 1892 p. 296.

heftige Beschwerden, welche nachher anfallsweise wiederkehrten und in kolikartigen Beschwerden und Ohnmachten bestanden. Status: Ende Apr. Schwangerschaftszeichen. Tumor mit seiner grösseren Hälfte rechts im Becken, Uterus nach links verdrängt. Diagn.: Extrauteringrav. Therapie: Lapar. 6. Juni 91. Incision. Extraction eines lebenden Kindes, Vernähung der Sackwand mit Bauchwunde. Foetus 1880 Gr., 42 Cm. Verlauf nicht glatt, Jodoformvergiftung. Bildung einer Kothfistel, wahrscheinlich weil das Colon mit der Nadel mitgefasst war. Das Kind ging nach $^1/_2$ Jahr an Magenkatarrh zu Grunde. Anat. Diagn.: Intraligamentaere Tubengravid.

328) Iwanow. *Journ. f. Geb. u. Fr. 92 p. 142.* Pat. hat 2 Mal geb., im Wochenbett immer Schmerzen. Letzte Regel 12. Jan. 86. Vom 5. März an Schmerzen, besonders rechts. Schwangerschaftszeichen. Im Juli Kindsbewegungen. Im Aug. Abgang von Blut und Häuten. Anfang Oktob. wehenartige Schmerzen und Blutungen, welche Ende Oktob. zugleich mit den Kindsbewegungen aufhörten. Status: 28 a. n., hat eine Geschwulst im Abdomen, besonders in der linken Fossa iliaca. Uterus vergrössert. Diagn.: Grav. extrauter. Therapie: Lapar. 29. Nov. Aus der Bauchhöhle entleert sich eine stinkende Flüssigkeit. Ein Foetus 30 Cm., 560 Gr. wird hervorgeholt. Sack mit Bauchwand vernäht. Glatte Genesung.

329) Derselbe. *Ibidem pag. 225.* Regeln waren früher unregelmässig, hat 4 Mal geboren, zuletzt vor 6 Jahren. Letzte Regel 26. August. Leidet an starken Schmerzen. Status: 34 a. n. In der rechten Seite eine Geschwulst. Uterus nicht vergrössert. Diagn.: Ovarialcyste. Therapie: Laparot. 18. Okt. Incision in die Geschwulst, Foetus und Placenta extrahirt und Sackwand an Bauchwand vernäht. Foet. 520 Gr., 29 Cm. Glatte Genesung. Entlassung am 27. Nov.

330) Gramm. *The Amer. Journ. of obst. Febr. 92*[1]. Pat. 35 a. n., hat 2 Mal geb., zuletzt vor 12 Jahren. Letzte Menstruation Okt. 90. Leib vergrössert sich, Kindsbewegungen treten auf. 10 Monate nach letzter Gravid. plötzlich Schmerzen im Leibe. Status: Leib ungleich aufgetrieben, keine Herztöne. Brüste angeschwollen. Sonde geht $7^1/_2$ Cm. ein. 30. Sept. Schüttelfrost mit Schmerzen rechts im Unterleib. Therapie:

1) Ref. Journal f. Geb. u. Fr. 92 p. 616.

Lapar. 6. Okt. Incision. Extraktion einer todten Frucht. Annähung des Sackes an Bauchwand. Foetus ausgetragen wiegt $7^1/_2$ ℔. Verlauf glatt, am 7. Tage p. op. Ausstossung einer Decidua. Genesung.

331) Fritsch. *Bericht über die gynaek. Oper. d. Jahrg. 91/92 p. 125.* Pat. 32 a. n., hat 1 Mal geboren, 2 Mal abortirt, zuletzt vor 6 Jahren. Vor 4 Jahren linke Eierstocksschwangerschaft. Letzte Menstruation 25. März 91. Diagn.: Extrauteringrav. Therapie: Lapar. 8. Okt. Einnähung des Fruchtsackes in Bauchwunde. Entfernung des Kindes und loser Placentarmassen. Foetus lebensfrisch im 7. Monat. Langsame Genesung. Uterus erstreckte sich nach links, nach Sondirung.

332) Thomas Rowan. *Austral. med. journ. 87, Juli 15* [1]). Schwanger wahrscheinlich seit Jan. 86. Im Juli Foetus lebend, ausserhalb Gebärmutter constatirt. Heftige Blutungen und Schwangerschaftszeichen. Tumor in der linken Seite des Beckens. Therapie: Laparot. Placenta entfernt. Sack so weit möglich resecirt, der zurückbleibende Theil durch Nähte geschlossen. Glatte Heilung.

333) Cullingworth. *Tr. obst. Soc. London 88/89, XXX, 480—489* [2]) Laparotomie und Entfernung des grössten Theiles des Sackes, Rest desselben in Bauchwunde eingenäht. Foetus 8 Monat alt ohne Amnion und Nabelschnur. Placenta ohne Blutung entfernt. Ausg.: Heilung.

334) Truzzi. *Separatabdr. aus Gaz. med. lomb. 89* [3]). Pat. 34 a. n. Mitte Okt. letzte Regel gehabt. Während dieser ganzen 4. Schwangerschaft viel Schmerzen und Blutungen. Am 12. Juli Wehen, aber erfolglos. Kindsbewegungen hören auf. Status: Uterus vergrössert, rechts von ihm eine abgestorbene Frucht. Pat. erholt sich unter Opium und Eisumschlägen, später Verfall der Kräfte. Therapie: Lapar. Bloslegung des Sackes und Eröffnung, Extraction einer 2935 Gr. schweren, 51 Ctm. langen Frucht, Anheftung des Sackes an Bauchwand nach Entfernung eines grossen Stückes desselben. Ausstossung der zurückgebliebenen Placenta erfolgt unter mässigem Fieber. Ziemlich rasche Heilung.

335) Voigt. *Centralbl. f. Gyn. 91, p. 121.* Pat. 37 a. n., hat 3 Mal normal geboren, zuletzt vor 13 Jahren.

1) Ref. Centralbl. f. Gyn. 1888 p. 738.
2) Ref. Jahresb. von Frommel 1889 p. 114.
3) Ref. Centralbl. f. Gyn. 90 p. 718.

Anfang Okt. 88 letzte Menstruation. Seit Mitte Nov. Schmerzen in der linken Seite des Unterleibes. Schwangerschaftssymptome Anfang März Kindsbewegungen. Im Juli Abgang der Decidua. Ende Juli Tod der Frucht. Status: 3. Aug. Uterus nach rechts, mannsfaustgross, links von ihm ein glatter Tumor, direkt angeschlossen, welcher fast bis zum Nabel reicht. Diagn.: Linksseitige Extrauteringrav. Therapie: Laparot. Die erste Incision traf Placenta, starke Blutung, welche gestillt wird. Eröffnung an anderer Stelle, Extraction des Foetus, der nicht zersetzt war, darauf Auschälung des grössten Theiles des Fruchtsackes mit Placenta und Einnähung in die Bauchwunde. Genesung. 13. Sept. entlassen. Anat. Diagn.: Rechts normale Adnexe, links weder Tube noch Ovarium zu finden, daher nicht zu entscheiden ob Tubar- oder Ovarialschwangerschaft, jedenfalls intraligamentaeres Wachsthum.

336) Lebedew. *Ges. russ. Aerzte. Sitzg. 22. Nov. 90* [1]). Pat. 30 a. n. Nullipara. Menstruation blieb aus und Schwangerschaftszeichen. Status: April. Der vergrösserte Uterus ist durch eine grosse Geschwulst, welche das Abdomen auftreibt und in deren unterem Theil ein Kindskopf zu fühlen ist, nach links und vorne geschoben. Diagn.: Extrauteringravid. mit todter Frucht und vielen Verwachsungen. Therapie: Lapar. 10. Okt, wobei sich die Diagn. vollkommen bestätigte, Incision des Sackes, Extraction des Foetus und theilweise Excision des Sackes. Foetus 50 Ctm., 3085 Gr. Genesung.

337) Artemjew. *Journ. f. Geb. u. Fr. 89 p. 69.* Pat. 25 a. n., hat 10 Monate lang keine Regel gehabt, dann kehrten sie im November wieder und waren normal. Im Mai bemerkte sie eine Geschwulst im Abdomen. Status: Im hinteren Scheidengewölbe eine elastische Geschwulst. Diagn.: Cystoma Ovarii, Geschwulst nimmt ab. Therapie: Lapar., Incision des mit der Bauchwand verwachsenen Tumors, Extraction der ausgetragenen Frucht. Genesung, am 68. Tage Entlassung.

338) Zweifel. *Ges. f. Geb. u. Gyn. zu Leipzig Sitzg. 18. Febr. 89* [2]). Pat. 32 a. n. 17. Jan. 89 aufgenommen. Seit 12 Jahren steril verheirathet. Letzte Regel Weihnachten 87. Seitdem anfallsweise stechende Schmerzen. Der Leib wuchs. Im Juli 88 Kindsbewegungen. Starke Be-

1) Ref. Wratsch 90 p. 1103.
2) Ref. Centralbl. f. Gyn. 89 p. 557.

schwerden, Erbrechen etc., als plötzlich ein schwerer Gegenstand im Leibe herunterfiel, da hörten die Beschwerden auf. 12. Okt. geringe Blutung und Wehen, welche eine häutige, birnförmige Masse entleeren. 12. Jan. stellten sich unter Schüttelfrost dumpfe Schmerzen im Leib ein. Status: Schwangerschaftszeichen. Starke Ausdehnung des Leibes. Fieber bis 39,5°. Rechts brettharter Tumor, in dem Kindstheile zu fühlen. Uterus klein, leer. Therapie: Laparot. Entfernung des verjauchten Fruchtsackinhaltes und Tamponade desselben. Glatte Genesung. Anat. Diagn.: Abdominalgrav. mit ausgetragenem Foetus.

339) Muratow. *Journ. f. Geb. u. Fr. 89 Nr. 6*[1]). Pat. 27 a. n., hat 1 Mal vor 6 Jahren normal geboren. Okt. 87 hörte die Regel plötzlich auf und bald auch Schwangerschaftszeichen. Diagn.: Extrauteringrav. Eiterung im Fruchtsack. Uterus ist vergrössert. Keine Kindstöne und -bewegungen, letztere früher gewesen. Therapie: Laparot. 2. Nov., Extrakt. einer reifen macerirten Frucht. Placenta zurückgelassen. Langsame Heilung. Später Tod. Section: Mit dem linken verkleinerten Ovarium ist der Fruchtsack verbunden, linke Tube ausgezogen, durchgängig, nicht erweitert, rechte zickzackförmig gekrümmt, am Abdominalende undurchgängig. Linke Gravid. ovarica.

340) Lebedew. *Vereinig. der russ. chirurg. u. Petersb. med. Ges. Sitzg. 23. Nov. 91*[2]). Pat. 33 a. n., hat 1 Mal vor 11 Jahren normal geboren. Anfang des Jahres 90 plötzlich Schmerzen und Wehen und Blutung aus den Genetalien, welche zeitweise wiederkehren. Menstruation bestand. Am 12. August wieder starke Schmerzen. Status: Geschwulst im Unterleib mehr rechts, seine Höhle 9 Ctm. Schwangerschaftszeichen. Geschwulst vom Uterus nicht zu trennen. Diagn.: Secundäre Abdominalschwangerschaft im 5. Monat. Therapie: Laparot. Incision des Sackes, Heraustreten von Blut, darauf Tamponade des Sackes und Offenbleiben der Wunde auf 5 Ctm. Verlauf: Erst kritisch, aber schliesslich Genesung.

341) Iwanow. *Journ. f. Geb. u. Fr. 92 p. 229.* Pat. hat 1 Mal geboren. 7 Wochen danach Schmerzen im Abdomen. Vor 10 Jahren wieder Schmerzen, besonders rechts. Regeln wurden unregelmässig schmerzhaft, vor 9 Monaten

1) Ref. Centralbl. f. Gyn. 89 p. 917.
2) Ref. Wratsch 91 p, 1093.

hörten sie auf. Nach 5 Monaten fühlte sie Kindsbewegungen, welche vor 3 Wochen aufgehört haben. Blutungen. Status: 30. a. n., anämisch. Im Abdomen ein Tumor, der bis zum Rippenbogen reicht. Diagn.: Grav. extraut. mit todter Frucht. Therapie: Lapar., nachdem Pat. noch einen Monat im Hospital gelegen, am 9. März. Sack überall mit dem Peritoneum verwachsen, Incision, Extraction und Vernähung des Sackes an Bauchwand. Verlauf: Langsam aber glatt, Entlassung 30. April.

342) Derselbe. *Ibidem p. 234.* Regeln waren früher schmerzhaft, letzte Anfang Nov. 90. Hat 1 Mal normal geboren. Am 24. Dec. begannen Schmerzen im Unterleil und Schwangerschaftszeichen traten auf. Status: Pat. 27 a. n., hat eine Geschwulst im Abdomen, welche sehr schmerzhaft ist und bis 1 Querfinger über den Nabel reicht. Uterus vergrössert. 29. März Kindstöne. 9. Apr. Sondirung der Uterushöhle (11 Ctm.). 21. April Abgeng eines Stückes Decidua. 25. Apr. zeigt sich, dass sich die Geschwulst verkleinert hat, Kindstöne nicht mehr zu hören. Therapie: Lapar. 28. Apr. Fruchtsack mit Bauchfell verwachsen. Incision, Entfernung des Foetus und der Placenta. Glatte Genesung. Entlassung 31. Mai.

343) Pratt. *New-York. med. journ. 90. Febr. 8. p. 152*[1]). Schwangerschaftszeichen. Geschwulst im Unterleibe, welche die Scheide vorwölbt und etwa im 6. Monat zu gänzlicher Stuhlverstopfung durch 13 Tage hindurch führt. Therapie: Lapar. Eröffnung des Sackes mit dem Thermokauter, Extraction des Foetus, Placenta zurückgelassen. Tamponade Verlauf: Allmähliche Verkleinerung des Sackes und stückweise Ausstossung der Nachgeburt. Genesung.

Nach partieller Exstirpation in den 5 letzten Monaten vor Ruptur, verliefen ungünstig:

344) Barsony. *Orvosi Hetilap, 88, Nr. 50 51 u. 53*[2]). Pat. 27 a. n., I gravida. Letzte Menstruation vor $10^1/_2$ Monaten. Kindsbewegungen haben vor einem Monat aufgehört. Operat. wird noch 2 Monat aufgeschoben. Therapie: Laparat., Fruchtsack platzt, Entleerung einer grün-gelben, dicken Flüssigkeit. Frucht 52 Ctm. lang, 3900 Gr. schwer. Fruchtsack fast völlig exstirpirt. Keine Drainage.

1) Ref. Centralbl. f. Gyn. 90 p. 878.
2) Ref. Centralbl. f. Gyn. 98 p. 385.

Ausgang: Tod am 3. Tage an septischer Peritonitis. Anat. Diagn.: Abdominalschwangerschaft.

345) Matlakowski. *Arch. f. Gyn. Bd. 38, Hft. 3. p. 367* [1]). Pat. 29 a. n., 21. Oct. 85 aufgenommen. Menstruation früher schmerzhaft, hat 5 Mal geboren, zuletzt vor $1^1/_2$ Jahren. Sept. 84 blieb Menstruat. aus und Schmerzen in der linken Unterleibsgegend stellten sich ein. Im Nov. Frostanfall. Im Dec. soll die Menstruation wieder eingetreten sein, im Jan., Febr., März war sie von 18-tägiger Dauer, dann blieb sie wieder aus. Im Juni starke, nicht wehenartige Schmerzen, darauf begann der Leib sich zu verkleinern. Status: Geschwulst im Abdomen mit Unebenheiten, vom linken Rippenbogen bis zur Schamfuge, Consistenz ziemlich gleichmässig hart, Uterus nach rechts gewendet. Im linken Scheidengewölbe fühlt man eine harte Geschwulst. Diagn.: Ovarientumor. Therapie: Laparot. Der grösste Theil der Placenta und des Fruchtsackes lässt sich entfernen. Foetus war 4 Monate zuvor gestorben. Bei Vernähung des Fruchtsackes mit der Bauchwand wurde eine Darmschlinge mitgefasst und das Darmlumen verlegt. Ausgang: Tod durch Ileus, keine Berstung. Section: Gravid. tubaria sinistra intraligamentaris. Foetus 2720 Gr. schwer, $43^1/_2$ Ctm. lang.

346) Rein. *Geb. gyn. Ges. in Kiew 11. Mai 90* [2]). Pat. 32 a. n., hat 1 Mal vor 44 Jahren geboren, vor $1^1/_2$ Jahren starke Unterleibsentzündung. Letzte Menses vor 3 Monaten. Status: Praller Tumor, der bis zum Nabel reicht, Uterus vergrössert, leer, seine Contractionen werden deutlich wahrgenommen. Bedeutende Cachexie. Diagnose: Intraligamentäre Tubarschwangersch. mit Blutung, oder Eiterung im Fruchtsack. Therapie: Primäre Lapar. 14. December 90. Fruchtsack reisst und ein jauchiger Inhalt ergiesst sich in die Bauchhöhle. Placentarstelle contrahirte sich gut, weil dicke, muskulöse Fruchtsackwände. Foetus lebte einige Minuten, wog 242 Gr. 1 Theil des Fruchtsackes resicirt, 1 Theil vernäht. Desinfection mit 3%-iger Carbolsäure. Drainage zur Scheide. Ausgang: Tod nach 30 Stunden in Folge septischer Peritonitis. Anat. Diagn.: Intraligamentäre Tubarschwangersch. im 5. Monate.

347) Matlakowski. *Gazeta lecarsca 92, Nr. 1 u. 2* [3]). Pat. 26 a. n., hat 2 Mal geb. zuletzt vor $2^1/_4$ Jahren.

1) Ref. Jahresb. v. Frommel 90 p. 115.
2) Ref. Wratsch 90 p. 567 u. Centralbl. f. Gyn. 92, p. 969.
3) Ref Journ. f. Geb. u. Fr. 92 p. 507.

Vor 15 Monaten wieder schwanger. Regeln waren die ganze Zeit ausgeblieben. Zum Termin keine Geburt, sondern bei geringen Blutungen Ausstossung eines fleischigen Stückes. Es folgte dann eine Verkleinerung des Leibes und Kräfteabnahme. Status: Pat. anämisch. Abdomen unregelmässig aufgetrieben, rechts mehr als links. Therapie: Laparot. und Einnähung der Sackwand in die Bauchwand. Am 9. Tage p. op. hypostatische Pneumonie und am 29. Tage Tod durch Ermattung. Section: Zwischen Flexura signoidea und Fruchtsack ein Abscess, der in den Darm durchgebrochen. In den Verwachsungen noch ein Abscess.

348) Walker. *Arch. f. pathol. Anat. 87, Bd. 107 p. 72*[1]). Pat. 42 a. n., VII para. Im 8. Monat begann sie an peritonischen Anfällen zu leiden. Diagnose wurde gestellt und bei der Laparot. eine macerirte Frucht, welche frei in der Bauchhöhle lag, gefunden. Der Fruchtsack klag rechts im Abdomen und wurde zurückgelassen. Am 4. Tage p. op. Tod an Peritonitis. Section: Uterus vergrössert. Anhänge normal, rechtes Ovarium nicht zu finden und deshalb nicht sicher, ob Abdominalschwangersch.

349) Zweifel. *Arch. f. Gyn. Bd. 41. Heft 1 u. 2*[2]). Pat. 35 a. n., hat vor 14 Jahren 1 Mal geboren, Wochenbett normal. Frau war früher immer gesund. Vom 20. Aug. 89 an 7 Wochen anhaltende Blutungen, nachher anfallsweise Schmerzen. Status: 23. Dec. Leib aufgetrieben durch einen Tumor der bis zum Nabel reicht. Kindstöne und -bewegungen nicht wahrnehmbar. Schwangerschaftszeichen. Diagn.: Extrauteringrav. im 5. Monate Kind todt. Therapie: Elytrotomie, wobei Placenta angeschnitten wird und starke Blutung. Lapar. wird angeschlossen Incision. Kind lebt. Placenta nicht weiter berührt, trotzdem so starke Blutung, dass Tamponade nöthig. Drainage nach Vagina, Sack zur Bauchhöhle geschlossen. Tod am 6. Tage in Folge eitriger Peritonitis. Section: Fruchtsack rechts vom vergrösserten Uterus, intraligamentäre Tubarschwangersch.

350) Sutugin. *Zeitschr. f. Geb. u. Gyn. Bd. 24 Hft. 1*[3]). Pat. 37 a. n., III para, die fiebernd in Behandlung kam und trotz breiter Eröffnung des verjauchten ca. 3 monatl. Fruchtsackes vom Bauche aus an Peritonitis zu Grunde ging.

---

1) Ref. Wratsch 92 p. 180.
2) Ref. Centralbl. f. Gyn. 92 p. 60.
3) Ref. Centralbl. f. Gyn. 92 p. 989.

Section: Die Placenta sass an der hinteren Fläche des Uterus nahe dem Fundus, Tuben und Ovarien liessen sich getrennt nachweisen. Abdominalschwangerschaft.

351) Sippel. *Deutsch. med. Wochenschr. 92 Nr. 37* [1]). Laparot. wegen abgestorbener 7 monatl. Frucht. Tubarschwanger. Einnähung des Fruchtsackes, Zurücklassung der Placenta, Einstreuen von Salicyl-Tanninpulver. Tamponade. Verlauf: Am 4. Tage Peritonitis in Folge von Perforation der Fruchtsackwand nach Verschorffung und Nerrose einer kleinen Stelle durch das Pulver.

352) Terrillon. *Journ. de Medicin de Paris 89 Nr. 24* [2]). Pat. 27 a. n., hat vor 6 Jahren 1 Mal normal geboren. Letzte Regel im Jan. 89. Druck im Leibe. 26. Febr. starker Schmerz. Status: 2. März. Im Leibe ein rasch wachsender Tumor mit Schmerzen. 8. Mai reicht die Geschwulst schon bis zum Nabel. Zeichen von Eiterung. Diagn.: Eitrige Entzündung der Adnexe. Therapie: Lapar. 9. Mai. Fruchtsack mit Bauchwand verwachsen. Incision, Extraction eines 25 Ctm. langen Foetus. Placenta zurückgelassen. Tod nach 12 Stunden.

353) Braun-Fernwald. *Arch. f. Gyn. 37. p. 287* [3]). Pat. 31 a. n., hat 2 Mal geboren, hat an Metritis gelitten. Vor 5 Mon. blieb die Menstruation aus, seitdem fühlt sie sich schwanger. Schmerzen. Status: Abdomen aufgetrieben, in demselben Kindstheile zu fühlen, Herztöne vorhanden. Uterus 8 Ctm. lang, nach links verschoben. Diagn.: Extrauteringrav. Therapie: Lapar. 12. Okt. Fruchtsack, der mit vorderer Bauchwand verwachsen, wird eröffnet, lebender, 2380 Gr. schwerer, 43 Ctm. langer Foetus extrahirt. Placenta wurde ausgeschält und ihre Insertionsstelle vernäht, wobei die Frau viel Blut verlor. Tod in Folge des Blutverlustes. Section: Rechte Adnexe an die Beckenwand durch Pseudomembranen geheftet, linke Tube nicht nachweisbar, linkes Ovarium in der Sackwand, so dass wohl linke Adnexe den Fruchtsack bilden.

354) Frommel. *Münch. med. Wochenschr. 92 p. 1.* Pat. 41 a. n., hat 5 Mal geboren, zuletzt vor 5 Jahren. Letzte Regel angeblich vor 2 Monaten. Seitdem starke Schmerzen im Abdomen. Status: In der rechten Unterbauchgegend ein Tumor, der bis zum Nabel reicht. Keine

1) Ref. Centralbl. f. Gyn. 92 p. 992.
2) Ref. Journ. f. Geb. u. Fr. 90 p. 209.
3) Ref. Jahresb. von Frommel 1890 p. 108.

Herztöne. Links der vergrösserte Uterus. Diagn.: Intraligament. Extrauteringrav. Therapie: Laparot. Incision, Vernähnung des Sackes mit der Bauchwand. Tod durch Blutverlust. Foetus im 5. Mon., hat beiderseits pes equino-varus und eine wallnussgrosse Encephalocele.

355) Treymann. *Protok. der Ges. prakt. Aerzte zu Riga. Sitzg. 15. Nov. 89*[1]). Pat. 37 a. n., hat 5 Mal geboren, zuletzt vor 5 Jahren. Ende Mai letzte Periode. Status: 22. Mai. Uterus 10 Ctm. lang, links von ihm ein Tumor von der Grösse eines Uterus im 5. Monat. Schwangerschaftszeichen. Therap.: Lapar. 18. Okt. Incision des Sackes, Extraction eines 29 Ctm. langen Foetus, Placenta zurückgelassen, Sackwand vernäht. Tod am 17. Tage p. op. unter Kräfteverfall. Septische Processe Todesursache. Anat. Diagn.: Linksseitige Ovarialschwangerschaft, nicht ganz sicher.

Nach partieller Exstirpation in den 5 letzten Monaten vor Ruptur, verlief ohne Angabe des Ausganges.

356) Lean. *Amer. journ. of obst. 90 März, Apr., Mai, Juni 19. Nov. 89*[2]). Pat. 24. a. n., hat 2 Mal geb., zuletzt vor 21 Monaten. Im Dec. letzte Regel. Im 4. Mon. der Schwang. heftige Schmerzen, wehenartig. Status: Geschwulst fluktuirend, keine festen Körper in derselben zu unterscheiden, im Abdomen. In der Inguinalgegend oberhalb des Poupartschen Bandes eine 2. Geschwulst. Becken angefüllt mit harter Masse, die sich wie ein Kindskopf anfühlte. Therapie: Lapar. Entfernung des Inhaltes des Fruchtsackes und Vernähung mit der Bauchwunde. Die Frucht wog $7^3/_4$ ℔.

Nach partieller Exstirpation in den 5 letzten Monaten nach Ruptur verliefen günstig:

357) Treub. *Zeitschr. f. Geb. u. Gyn. Bd. 15 p. 384*[3]). Pat. 34. a. n., hat 1 Mal vor 14 Jahren geb. Letzte Regel Anfang Sept. Im Okt. u. Nov. keine Regel. Schmerzen im Unterleibe, welche im Dec. sehr stark werden, besonders links. Status: Bauch aufgetrieben, besonders links und schmerzhaft. Nach 3 Wochen wehenartige Schmerzen und Ausstossung einer Decidua ohne Chorionzotten. Mitte März kam

1) Ref. Ptsb. med. Wochenschr. 90, p. 141.
2) Ref. Centralbl. f. Gyn. 90 p. 833.
3) Ref. Jahresb. v. Frommel 1888.

Pat. in T.'s Behandlung. Status: Im Bauch ein Tumor, welcher 3 Querfinger über den Nabel reicht, fötale Herztöne schwach, Kindstheile zu fühlen. Der Uterus nicht zu fühlen, Sonde dringt 8 Ctm. ein. Therapie: Laporot. ca. 3 Wochen ante terminum bei lebendem Kind. Der Schnitt traf die Placenta, dieselbe wurde von der vorderen Bauchwand losgelöst und entfernt, der Sack eingenäht. Tamponade mit Jodoformgaze. Langsame Heilung. Kind blieb am leben, wog 4 ℔.

358) Negri. *Rivista Veneta de scienze med., Jahrg. VII. Bd. XII*[1]). Im 3. Mon. der 4. Schwangerschaft zeigte die gesunde Frau Erscheinungen der inneren Blutung, erholte sich bald. Diagn.: Extrauteringrav. Frucht im 8. Mon. Therapie: Laparot. Der Tumor wird an mehreren Stellen punktirt, um den Sitz der Placenta festzustellen, darauf Incision, Entfernung der Frucht, und auch der Placenta, wegen starker Blutung. Die Höhle des Sackes nicht tamponirt, sondern eine Art Stiel gebildet, der im unteren Wundwinkel fixirt wurde. Dieser Stiel enthielt eine mit Blut gefüllte Höhle. Verlauf: Am 10. Tage nach Oper. wurde die Sackwand in der Narcose geöffnet, desinficirt und drainirt. Genesung.

359) Rochet. *Gesel. f. Geb. u. Gyn. in. Brüssel 91 Nr. 15*[2]). Pat. 23 a. n. Nullipara. Regeln waren immer schmerzhaft, letzte Anfang Dec. 90. 4. März plötzlich kolikartige Schmerzen und Anschwellung des Leibes. Puls klein, frequent, die bedrohlichen Erscheinungen lassen nach. Status: Doppelter Tumor, der eine in der Medianlinie, die Symphyse überragend, ist der Uterus, der zweite, getrennt, rechts, sehr empfindlich und schwer zu begrenzen ist der Fruchtsack. 20 Tage später wieder Beschäftigung vorgenommen. Ende Apr. ersten Kindsbewegungen in der Gegend der linken Fossa iliaca, die heftige Schmerzen verursachen. 10. Aug. wehenartige Schmerzen, Uterus vergrössert, leer. Therapie: 21. Aug. Laparotomie, Incision, Extraktion des Kindes und Vernähung des Sackes mit Bauchwand. Tamponade. Verlauf: Langsam, 8. Okt. entlassen. Anat. Diagn.: Abdominalschwanger, lebendes, ausgetragenes Kind.

360) Braun-Fernwald. *Arch. f. Gyn. Bd. 37 p. 287*[3]). Pat. stets gesund gewesen, hat 2 Mal geboren. Mai 88 letzte Menstruation. Ende Juni Peritonitis an der

1) Ref. Centralbl. f. Gyn. 91 p. 668.
2) Ref. Centralbl. f. Gyn. 92 p. 133 u. Journ. f. Geb. u. Fr. 92 p. 172.
3) Ref. Jahresb. von Frommel 90 p. 108.

sie wochenlang litt. Ende Sept. Fall auf den Bauch, seitdem unausgesetzt Schmerzen, die vor 3 Wochen wehenartig wurden, Erbrechen, Kindsbewegungen. Status: Abdomen stark aufgetrieben, in der Nabelgegend cocusnussgrosse Geschwulst. Oberhalb der Schamfuge Kindstheile. Uterus 12 Ctm. sondirbar. Sonstige Schwangerschaftszeichen. Diagn.: Extrauteringrav., die geborsten. Therapie: Laparot. 11. Febr. Extraktion eines lebenden, 3100 Gr. schweren, 51 Ctm. langen, leicht asphyktischen Kindes, welches 12 Stunden nach Geburt an Aspirationspneumonie starb. Placenta wurde nach Umstechung ohne besondere Blutung entfernt, Fruchtsack an Bauchwunde genäht, Uterus vergrössert. 13. April geheilt entlassen.

361) Fantino. *Riv. di Ost. e Gin. 91 Nr. 7*[1]). Primäre linke Tubar-, secundäre Abdominalschwangerschaft mit Fortentwickelung des Foetus im neuen Fruchtsack bis zur Reife. Therapie: Laparot. 1 Jahr nach bereits abgestorbener Frucht. Theilweise Exstirpation des Sackes, sonst Annähung in die Bauchwunde. Zwei Placenten werden entfernt. Tamponade, Drainage. Heilung.

362) Olshausen. *Deutsche med. Wochenschr. 90, p. 171.* Pat 32 a. n., hat 4 Mal geboren, zuletzt vor 3 Jahren. Letzte Menstruation 7. Juni 88. 24. Aug. schwerer Collaps. Status: Ende Okt. Mehr links im Abdomen ein Tumor von der Grösse eines schwangeren Uterus im 4. Mon. Keine Kindstheile fühlbar in demselben. Rechts von ihm der vergrösserte Uterus. Rechte Tube und Ovarien nicht zu fühlen. Diagn.: Gravid. tubaria oder interstitialis. Pat. kommt nach 8 Wochen wieder, der Fruchtsack ist gewachsen, Kindstheile fühlbar. Vom 11. Dec. an floss täglich viele Wochen Fruchtwasser ab. Therapie: Laparot. 27. Febr., also $2^1/_2$ Wochen vor Ende der Schwangerschaft. Incision des Fruchtsackes, kein Fruchtwasser fliesst ab. Tamponade. Das Kind war reif mit Abnormitäten, Klumpfüsse, Asymmetrie des Schädels, lebte $1^1/_2$ Stunden. Verlauf: Benommenheit, Hallucinationen, eklamptische Anfälle, welche Erscheinungen am 14. Tage schwanden. Lösung der Placenta am 34. Tage. Genesung.

363) Hochstetter. *Wiener klin. Wochenschr. 89, Nr. 19*[2]) Pat. 40 a. n., hat 3 Mal geboren, zuletzt vor 10

1) Ref. Centralbl. f. Gyn. 1891 p. 1027.
2) Ref. Centralbl. f. Gyn. 90 p. 621.

Jahren. Niemals ernstlich krank gewesen. Mitte Dec. 81 blieben die Menses aus. Im Febr. 88 bemerkte Pat. Anwachsen des Leibes, 2. April die ersten Kindsbewegungen, welche plötzlish aufhörten nach 5-monatlichem Bestehen, nachdem Blut und fleischähnliche Massen abgegangen. Ende Oktob. heftige und ekelhaft stinkende Diarrhoen, die eine Verkleinerung des ausgedehnten Bauches herbeiführten. Status: Abdomen aufgetrieben, über der Symphyse ein mannskopfgrosser Tumor, in dem knochenharte Körper zu fühlen sind. Uterus vergrössert. Diagn.; Extrauteringrav., todte Frucht und Perforation ins Rectum. Therapie: Laparot., wodurch ohne in die Peritonealhöhle zu dringen ein grosses Cavum eröffnet wird, aus dem faekulent-jauchig riechende Flüssigkeit herausstürzt. Ein fauler Foetus von 10 Monaten wird extrahirt. Am Grunde des Sackes eine kirschkerngrosse Einsenkung durch welche faekulenter Brei dringt. Perforationsstelle wird vernäht, Drainage der Höhle per vaginam. Ausgang: 5 Wochen p. op. Genesung.

364) Bokelmann. *Ges. f. Geb. u. Gyn. zu Berl. Sitzg. 24. Juni 92*[1]). Pat. 37 a. n., hat vor 6 Jahren normal geboren. Decb. 90 letzte Menstruation. Anfang März starke Blutung mit collapsartigen Zufällen. Status: Uterus kaum vergrössert, nach links dislocirt. Von der linken Uteruskante ging ein faustgrosser Tumor aus, welcher schnell wächst, bald Kindsbewegungen. 17. Okt. Erscheinungen, die auf Absterben schliesssn lassen. Therapie: Laparot 13. Juni 92. Vernähung des Fruchtsackes mit den Bauchdecken, darauf Incision und Extraction des Kindes. Genesung. Foetus 2450 schwer, vor 8 Monaten abgestorben.

Nach partieller Exstirpation in den 5 letzten Monaten nach Ruptur, verliefen mit ungünstigem Ausgange:

365) Treub. *Zeitschr. f. Geb. u. Gyn. Bd. 15 p. 384*[2]). Pat. 31 a. n., hat 6 Mal geboren, zuletzt vor 1 Jahr. Letzte Menstruation April 87. 12. Juni heftige Schmerzen im Bauch und Geschwulst im hinteren Scheidengewölbe. Zeichen innerer Blutung treten auf. Eine vom Uterus getrennte Geschwulst lässt sich constatiren. Im Juli wieder Schmerzanfall, der Tumor gewachsen, nach einer Woche Kindsbewegungen.

1) Ref. Centralbl. f. Gyn. 1892 p. 903.
2) Ref. Jahresb. von Frommel 1888.

Status am 15. Okt.: Uterus vergrössert, seine linke Seite geht in die Geschwulst über. Am 20. Nov. Fieber, Abends wehenartige Schmerzen, Schwäche nimmt zu. Operat. an der fast Moribunden. Therapie: 1 Woche ante terminum. Foetus war todt, der Fruchtsack vereitert, die Placenta wurde mit entfernt. Fruchtsack an Bauchwand angenäht und austamponirt. Die Kranke starb am ersten Tage. Anat. Diagn.: Treub meint Abdominalschwangerschaft, weil keine musculösen Elemente im Fruchtsack, Insertion der Placenta nicht in der Tube und unveränderte Länge letzterer.

366) Solowjew. *Med. Obozr. Moskau 90, Bd. 33, p. 652*[1]). Pat. 28 a. n., hat 2 Mal geboren, zuletzt vor 7 Jahren. Letzte Regel 12. Apr. 89, vor 6 Monaten. Darauf Schwangerschaftszeichen und am 2. Juni plötzlich starker Schmerz mit Collaps; solche Anfälle wiederholten sich 6 Mal in 2 Monaten. Anfang Aug. 2wöchentl. Blutung mit Abgang einer Membran. Kindsbewegungen sind nicht gewesen. Status: Pat. sehr elend und blass. Im Unterleib ein Tumor, welcher getheilt erscheint und bis über den Nabel reicht. Die Auskultation ergiebt, dass kindliche Herztöne zu hören. Das hintere Scheidengewölbe wird vorgewölbt. Uterus liegt links von der Geschwulst und ist vergrössert. Therapie: Nach vergeblicher, 4maliger Elektropunktur durch die Scheide wird $^1/_4$ Gr. Morphium durch die Bauchwand injicirt. Fieber, Meteorismus, Abmagerung, daher nach 6 Wochen Laparot. bei abgestorbener Frucht. Der Sack reisst beim Versuch ihn zu lösen und eine grünliche Masse ergiesst sich in Bauchhöhle. Incision, Entfernung der todtfaulen Frucht, Placenta lässt sich nicht lösen, beim Versuch erfolgt Blutung. Ausspülungen. Am 4. Tag Versuch Placenta zu lösen, dabei aber wieder Blutung, am 6. Tage gelingt es. Darmfistel entsteht, Eiterung und Tod am 29. Tage, unter furchtbarer Abmagerung.

367) Söderbaum. *Eira 1880 Nr. 20, p. 635*[2]). Pat. 42 a. n., hat 1 Mal vor 20 Jahren geboren. Letzte Menstruation Ende März 84. Heftige Schmerzen plötzlich am 24. V 84, welche sich 3 Mal nachher wiederholten mit Ohnmachten. Status: Uterus vergrössert, aus dem Muttermund blutiger Ausfluss mit Deciduafetzen. Empfindliche Geschwulst im Abdomen, Fruchttheile zu fühlen. Am 14. X 3 eklamp-

1) Ref. Jahresb. von Frommel 1890 p. 125.
2) Ref. Jahresb. von Frommel 1888 p. 102.

tische Anfälle, später noch 7 Anfälle. Therapie: Am 22. X Laparot. Einnähung des Fruchtsackes, Placenta zurückgelassen. Frucht 750 Gr., 33 Cm. Ausgang: Tod im Sopor. Section: Ein Uterus bicornis, unicollis fand sich.

368) Spaeth. *Zeitschr. f. Geb. u. Gyn., Bd. 16, p. 269.* Pat. 24 a. n., hat vor 6 Jahren normal geb. Wochenbett normal. Im Okt. 86 letzte Menstruation. Am 25. Dec. heftige, linksseitige Leibschmerzen. Collapsartiger Zustand, doch ohne Zeichen innerer Blutung. Eis. 1.—8. Jan. mässige Blutung aus den Genitalien, doch ohne Hautabgang. Anfang Apr. Kindsbewegungen. Im Juni werden die Schmerzen stark und wehenartig. Status: Schwangerschaftszeichen. Abdomen aufgetrieben, Kindsbewegungen deutlich zu fühlen und zu sehen. Rechte Seite des Beckens von einem elastischen Tumor ausgefüllt. Uterus entspricht dem 4. Schwangerschaftsmonat, zieht sich beim Reiben deutlich zusammen, seine Höhle leer. Zustand verschlimmert sich rasch. Diagn.: Geplatzte, intraligamentaere Extrauteringrav. Septicaemie. Therapie: 26. Juni Laparot. Kind 44 Cm., 2100 Gr., wird aus der Bauchhöhle entwickelt. Fruchtsack in der rechten Seite des Beckens. Neben ihm der vergrösserte Uterus. Vollständige Ausschälung des Fruchtsackes nicht möglich, daher Tamponade desselben. Kind stirbt nach 24 Stunden. Am 29. Juni Tod der Pat. unter zunehmender Sepsis. Section: Fruchtsack aus rechter Tube, Ligamentum und Pseudomembranen gebildet. Rechtes Ovarium nicht zu finden. Uterus vergrössert. Allgemeine Peritonitis acuta.

Nach partieller Exstirpation in den 5 letzten Monaten nach Ruptur, verlief ohne Angabe des Ausganges:

369) Bröse. *Ges. für Geb. u. Gyn. zu Berl. Sitzg. 9. Nov. 88*[1]). Pat. 26 a. n., hat 3 Mal geboren, 1 Mal eine todtfaule Frucht. Letzte Periode am 8. April 88. Vom 19. Sept. Blutungen. Eine Haut ist abgegangen. Status: Uterus anteponirt. Hinteres Scheidengewölbe ist vorgewölbt durch einen harten, nicht fluktuirenden Tumor, welcher das kleine Becken ausfüllt. Uterus apart fühlbar und erweist sich nach Sondirung leer. Therapie: Lap. Einnähung des Sackes an Bauchwunde, Tamponade desselben. Fruchtsack geborsten.

1) Ref. Centralbl. f. Gyn. 1888 p. 812.

Nach partieller Exstirpation in den 5 letzten Monaten ohne Sicherheit ob Ruptur gewesen oder nicht, verliefen mit günstigem Ausgang:

270) Hamilton. *New-York med. journ. 88 Bd. 43 p. 90*[1]). Diagn.: Extrauteringrav. Therapie: Laparotomie. $7^1/_2$ monatlicher Foetus entfernt. Fruchtsack mit Bauchwunde vernäht. Nach 3 Wochen Abstossung der Placenta. Genesung.

371) Sacré. *Geb. gyn. Ges. zu Brüssel Sitzung 21. Juli 89*[2]). Pat. 22 a. n. Median im Abdomen ein unbeweglicher, glatter, fluktuirender Tumor, im oberen Theil einen harten Körper von Kindskopfgrösse einschliessend. Uterus leer. Menstruation seit einem Jahr ausgeblieben. Therapie: Laparot. Elimination des Fruchtsackes am 8. Tage. Anat. Diagn.: Grav. abdominalis. Kind seit einem Monat todt.

372) Fraipont. Ibidem[3]). Bedeutende Schwäche und hektisches Fieber seit 3 Wochen. Laparot. Extraction eines ausgetragenen todten Foetus. Placenta und Fruchtsack zurückgelassen. Verlauf: Das Fieber fiel vom 12.—15. Tage mit Elimination des Fruchtsackes und Placenta ab. Anat. Diagnose: Gravid. abdominalis.

373) Derselbe. Ibidem[4]). Therapie: Laparot. Extract. eines ausgetragenen Foetus. Einnähung des Sackes in Bauchwunde. Genesung.

374) Taft. *Med. record 88 Febr. 25. p. 209*[5]). Gaillard Thomas operirte einen Fall von Tubenschwangerschaft, in welchem der Foetus macerirt und ausgetragen war. Eisack an Wundränder genäht. Placenta verblieb. Nach 8 Tagen Eiterung und grösster Theil der Placenta entfernt, worauf rasche Genesung eintrat.

375) Ehm. *Inaug.-Diss. 88*[6]). Pat. 32 a. n. VII para. Therapie: Laparot. von Prof. Pernice ausgeführt, am normalen Ende der Schwangerschaft bei abgestorbener Frucht. Placenta ohne Blutung entfernt, da Gefässe oblite-

1) Ref. Jahresb. v. Frommel 1888 u. Centralbl. f. Gyn. 89. p. 167.
2) Ref. Centralbl. f. Gyn. 1889 p. 683.
3) Ref. ibidem.
4) Ref. Ibidem.
5) Ref. Centralbl. f. Gyn. 89 p. 87.
6) Ref. Centralbl. f. Gyn. 89 p. 275.

rirt, Sack zurückgelassen, da er überall adhärirte. Ausgang: Heilung. Anat. Diagn.: Tubarschwangerschaft.

376) Pinard. *Ann. de Gyn. Paris 89. Bd. 31. p. 241—262* [1]). Laparot. Annähung des Sackes an Bauchwunde, Entfernung des Foetus. Operat. nach normalem Endtermin bei todter Frucht. Genesung.

377) Derselbe. Ibidem [2]). Wie voriger.

378) Dobbert. *Petersb. med. Wochenschr. 92 p. 447.* Pat. 39 a. n., hat 4 Mal geb. zuletzt vor 4 Jahren. Letzte Menstruation vor 6 Monaten, bald nach derselben viel Pat. in Ohnmacht und erwachte mit starken Schmerzen. Seitdem Schwindelanfälle. Status: 14. März Uterus vergrössert. Im rechten und hinteren Scheidengewölbe ein Tumor, von Kindskopfgrösse. Therapie: Laparot. 29. März von Dombrowsky. Exstirpation der rechten Tube, des Ovariums und eines Stückes der Sackwand, Tamponade der Höhle. Glatte Genesung. Anat. Diagn.: Gravid. tuberia dextr. Chorionzotten nachweisbar.

Nach partieller Exstirpation in den 5 letzten Monaten ohne Sicherheit ob Ruptur gewesen, verlief ungünstig:

378) Dührssen. *Ges. für Geb. und Gyn. zu Berl. Sitzg. 9. Nov. 1888* [3]). Pat. im 7. Schwangerschaftsmonat. Status: Abdomen gespannt, schmerzhaft, aufgetrieben unter der Haut ein knitternder Theil (Schädel), Uterus dicht hinter der Symphyse zu fühlen, leer. Im hinteren Scheidengewölbe eine Resistenz, das Rectum völlig verschlossen. Diagn.: Ileus, bedingt durch Compression des Rectums seitens des extrauterinen Fruchtsackes. Therapie: Lapar. Abbindung der Stränge und Ausschälung des Foetus. Fruchtsack nicht zu finden. Lösung der Placenta, starke Blutung. Ausgang: Tod.

380) Braun. *Geb. gyn. Ges. in Wien. Sitzg. 10. Juli 88* [4]). Laparot. Blutstillung nach Entfernung der Placenta sehr schwer. Tod in Folge des Blutverlustes.

---

1) Ref. Jahresb. v. Frommel 1889 p. 119.
2) Ref. ibidem.
3) Ref. Centralbl. f. Gyn. 1888 p. 813.
4) Ref. Centralbl. f. Gyn. 1889 p. 165.

Nach partieller Exstirpation des Schwangerschaftsproduktes, ohne Angabe des Monats und vor Ruptur, verliefen günstig.

381) Flothmann. *Deutsche med. Wochenschr. 91. Nr. 17* [1]). Pat. 34 a. n., Menses hörten 1882 auf. Es wurde Schwangerschaft constatirt. Am richtigen Termin traten Wehen ein, aber keine Geburt. Das Befinden besserte sich allmählich. Später erkrankte Pat. wieder und ein Tumor fand sich im Becken. Therapie: Lapar. und Erklärung des Tumors für inoperabel. Verlauf: 2 Monat später Abgang foetaler Knochen per Rectum. Wegen Unmöglichkeit, die breiten Schädelknochen per Rectum zu entfernen Lapar. Eröffnung des Tumors, Entfernung von Koth und Skelettheilen. Dann Hochziehen des Sackes, Vernähung mit Bauchwunde. Verlauf: Anfänglich Entleerung der Stühle durch den Bruchsack, nach 3 Wochen auf natürlichem Wege, nachdem sich jener geschlossen. Vollständige Heilung.

382) Brühl. *Arch. für Gyn. 87 Bd. 31 Heft 3* [2]). Pat. 27 a. n. VI gravida. Nach der 5. Geburt eine Peritonitis durchgemacht. Diagn.: Ovarialtumor. Status: Menses nicht ausgeblieben, Uterus liefert keinen Schwangerschaftsbefund. Therapie: Lapar. Punktion und Einnähung des Sackes in der Bauchwand. Anat. Diagn.: Linke Tuben- oder Ovarialgravid. Genesung.

Nach partieller Exstirpat., ohne Angabe des Monats nach Ruptur, verliefen günstig:

383) Henry Banga. *Journ. of the Amer. med. assoc. 91 Jan. 24. p. 121* [3]). Ruptur des Sackes. Therapie: Laparotomie. Einnähung der Sackwand an die Wundränder. Tamponade. Entfernung des Blutes. Allmähliche Verkleinerung des Sackes und Genesung. Anat. Diagn.: Tubenschw. Chorionzotten nachweisbar.

384) Schneider. *Deutsche med. Wochenschr. 92. Nr. 37* [4]). Pat. 22 a. n., Nullipara. Menses sistiren seit Mitte Mai. Keine Schwangerschaftsbeschwerden. Anfang Juli plötzlich heftiger Schmerz in der rechten Seite des Leibes. Status: Uterus vergrössert, leer. In der rechten Seite des

1) Ref. Centralbl. f. Gyn. 1891 p. 767.
2) Ref. Centralbl. f. Gyn. 1888 p. 368.
3) Ref. Centralbl. f. Gyn. 1891, p. 765.
4) Ref. Centralbl. f. Gyn. 1892 pag. 991.

Leibes ein resistenter Tumor. Kein Deciduaabgang. Therapie: Laparot. Vernähung des Sackes mit Bauchwand und Incision, da jauchiger Inhalt von der Scheide aus, am nächsten Tage secundaere Eröffnung von den Bauchdecken. Genesung.

385) Kümmel. *Aerzl. Verein zu Hamburg. Sitzg. 17. Juni 90* [1]). Mehrgebärende, erkrankte gegen Weihnachten mit heftigen Schmerzen und Ohnmachtsanfällen. Die Untersuchung ergab einen Abdominaltumor. Diagn.: Wahrscheinlich Extrauteringrav. Die Anfälle wiederholten sich noch 3 Mal. Tumor wuchs im April bis Nabelhöhe. Therapie: Laparot. Entleerung sehr viel übelriechenden Blutes und eines todten Foetus. Unterbindung. Tamponade. Glatte Heilung.

Nach partieller Exstirpation, ohne Angabe des Monats nach Ruptur, verlief ungünstig:

386) Hermann. *Lancet 1888 Mai p. 1021* [2]). Pat. 20 a. n., I para. Es hatte sich während der Menses eine Anschwellung gebildet, welche von der Scheide aus incidirt wurde. Es folgte Verjauchung und die Laparotomie wurde angeschlossen. Anat. Diagn.: Um die rechte Tube eine Höhle, welche mit Blut gefüllt ist. Tube erweitert, zerrissen. Tod.

Nach partieller Exstirpation des Schwangerschaftsproductes, ohne Angabe des Monats und ob Ruptur gewesen, verliefen günstig:

387) Meinert. *Correspondbl. d. sächs. ärztl. Kreis- und Bezirksvereine. Bd. 47. Nr. 9, 89* [3]) Die Verwachsungen so stark, dass M. nach Entfernung des zersetzten Inhaltes den Sack zurücklassen und nach oben drainiren musste. Heilung.

388) C. Ryau. *Austral. med. journ. 89 Nr. 15* [4]). Pat. 42 a. n., hat 4 Kinder, jüngstes 13 J. alt. Vor 4 Mon. bemerkte Pat. einen Tumor, der nicht wuchs, sondern eher abnahm. Regel seit Eintritt der Erkrankung unregelmässig, später regelmässig. Status: Uterus nicht vergrössert, dicht neben ihm der Tumor. Therapie: Incision des Tumors nach Laparot. und Vernähung mit Bauchwand. Vom Foetus und der Placenta keine Spur. Ausgang: Genesung.

389) Flothmann. *Centralbl. f. Gyn. 90, p. 821.*

1) Ref. Deutsche med. Wochenschr. 90, p. 1000.
2) Ref. Centralbl. f. Gyn. 88 p. 716.
3) Ref. Jahresb. v. Frommel 89 p. 114.
4) Ref. Centralbl. f. Gyn. 90 p. 656.

Nullipara ist $6^1/_2$ J. extrauterin schwanger. Therapie: Laparot. von Löhlein. Der Tumor wurde als inoperables Carcinom angesehen. 4. Sept. Durchbruch des Fruchtsackes ins S. romanum. Perforationsstelle 25 Ctm. oberhalb des Sphincter. Therapie: Laparot. Incision und Ausräumung des Fruchtsackes und Vernähung mit der Bauchwunde. Genesung. Anat. Diagn.: Rechtsseitige Tubenschwang.

390) Frommel. *Deutsche med. Wochenschr. 90 Nr. 23*[1]). Laparot. 10 Tage nach Fruchttod, wegen rechter intraligamentärer Tubengravid. Fruchtsack eingenäht und in die Scheide drainirt. Nach 14 Tagen Entfernung der Placenta ohne Blutung, und Heilung nach 3 Wochen. 4 Jahre später Ausbleiben der Menses und heftige Schmerzen auf der linken Seite. Nach 8 Wochen plötzlich schwerer Collaps. Am anderen Tage Abgang von Gewebsfetzen, das sich als Deciduagewebe erweist. Es entwickelte sich eine grosse Hämatocele. Pat. genas, sehr langsame Erholung. Offenbar wiederholte Extrauteringrav.

391) Fritsch. *Bericht über d. gynäk. Oper. d. Jahrg. 91/92 p 125.* Pat. 34 a. n., hat 1 Mal vor 10 Jahren geboren. Laparot. todte Frucht. Einnähung des Fruchtsackes. Foetus entfernt, Placenta zurückgelassen. Heilung und Entlassung nach 2 Mon.

392) Derselbe. Ibidem. Pat. 30 a. n. Nullipara. Lapar. und Einnähung des Sackes in die Bauchwand. Glatte Genesung.

Nach Ausführung der Laparotomie ohne Angabe, ob partielle oder totale Exstirpation, in den 4 ersten Monaten vor Ruptur, verliefen günstig:

393) Martin. *Ges. f. Geb. u. Gyn. zu Berl. Sitzg. 14. Nov. 1890*[2]). Ei sass im mittleren Theil der linken Tube. Entwickelung ins Lig. latum. Schwangersch. im 3. Mon. Sack nicht geborsten. Foetus nicht vorhanden. Genesung reactionslos.

394) Fritsch. *Bericht über d. gynäk. Oper. der Jahrg. 91/92 p. 125.* Pat. 33 a. n., hat 3 Mal geboren, zuletzt vor 6 Jahren. Lapar. Fruchtsack mit Ovarium ver-

1) Ref. Centralbl. f. Gyn. 90 p. 738.
2) Ref. Centralbl. f. Gyn. 91 p. 23.

wachsen. Ostium abdominale Tubae verschlossen. Sack nicht geborsten, kleinfaustgross, enthält einen $^3/_4$ Ctm. langen Foetus. Intraligamentäre tubare Gravid. Heilung glatt.

395) Mackenrodt. *Ges. f. Geb. u. Gyn. in Berl. Sitzg. 13. Nov. 91* [1]). Pat. 32 a. n., ist stets gesund gewesen. Jetzt unregelmässige Blutungen, nachdem 1 Mal die Periode ausgeblieben war. Status: Gänseeigrosser, rechtsseitiger Tumor von weicher und schlaffer Consistenz. Probeauskratzung förderte dicke weiche Schleimhautmassen zu Tage, die aber frei waren von decidualen Elementen. Der Tumor nimmt zu. Temperatursteigerungen und Schmerzen veranlassen Lapar. Therapie: Lapar. Der Tumor platzte und entleerte Blut und Coagula in die Bauchhöhle, kein Foetus. Normale Reconvalescenz. Anat. Diagnose: Reine Ovarialschwang. bei Ovarialtube.

396) Eberhart. *Centralbl. f. Gyn. 91 p. 498.* Hat vom 16. Jahre ab an unregelmässigen Menses gelitten. Seit einem Jahre sind dieselben alle 3—4 Wochen und nachher Fluor. Blasenkatarrh vorhanden. Hat 3 Mal geboren. Letzte Regel 6. Juni 90. Am 30. Juli plötzlich Kreuzschmerzen, Blutungen und Wehen, fiebert seit 8 Tagen. Status: 27. Aug. Links vom vergrösserten Uterus ein hühnereigrosser, elastischer Tumor. Rechte Adnexe erscheinen normal. Laparot. 8. Sept. Genesung. Anat. Diagn.: Tube an beiden Seiten atretisch. Am Ovarium deutlich Zotten. Der Eiter, der sich nach Incision aus dem Ovarium entleerte leider fortgeworfen, so dass die dicken Bestandtheile desselben nicht untersucht werden konnten. Wahrscheinlich Ovarialgravidität mit Ueberwanderung des Eies.

Ohne Angabe des Ausganges verlief nach Lapar. unter denselben Verhältnissen.

397) Tuttle. *Amer. journ. of obst. 89 Sept., Nov., Dec. 90 Jan. Sitzg. 19. März* [2]). Therapie: Nach dem 16 Tage der faradische Strom ohne Erfolg angewandt war, erfolgte bei der Lapar. Ruptur der linken Tube an deren innerer Seite Chorionzotten, aber kein Foetus war.

Nach Laparotomie in den 4 ersten Monaten nach Ruptur, verliefen mit günstigem Ausgang:

398) Wegener. *Verhandlungen der Geselsch. für*

1) Ref. Centralbl. f. Gyn. 91 p. 1004.
2) Ref. Centralbl. f. Gyn. 1890 p. 270.

Geb. in Hamburg, Sitzg. 30. Sept. 90 [1]). Pat. 25 a. n., hat 1 Mal vor 6 Jahren geb., war plötzlich am 25. Jan. mit Leibschmerzen, Urinverhaltung, Erbrechen erkrankt. Leib sehr empfindlich, seit 8 Tagen kein Stuhl (Klystier und Morph.). Am nächsten Tage Anämie, Schwäche, Tympanie, Dyspnoe (Opium, Eis). Besserung. Nach 14. Tagen stellten sich Menses ein und mit ihnen wieder ähnliche Collapse, 4 Mal in 10.—12. tägigen Intervallen. Die Geschwulst ist allmählich bis zum Nabel palpirbar. Therapie: Laparot. Eine grosse Bluthöhle wurde gefunden mit einem 2 monatlichen, macerirten Foetus, letzteren entfernt, eine spritzende Arterie wurde als Ursache der Blutung unterbunden. Genesung. Anat. Diagn.: Bauchschwangerschaft.

399) Martin. *Ges. f. Geb. u. Gyn. zu Berlin, Sitzg. 14. Nov. 90* [2]). Ei sass im mittleren Theil der linken Tube, Entwickelung ins Lig. latum. Schwangerschaft im 3. Mon. Sack geborsten. Blutung in freie Bauchhöhle. Laparot. Genesung reactionslos.

400) Hünermann. *Berl. klin. Wochenschr. 91, p. 1145.* Pat. 27 a. n., hat vor 3 Jahren 1 Mal normal geboren, seitdem Fluor. Letzte Menstruat. 6. Mai 91, seitdem beständige Schmerzen in der rechten Seite. Nach 7 Wochen heftiger Schmerzanfall mit spärlicher Blutung nach aussen. Rechts neben Uterus ein hühnereigrosser Tumor. Bildung einer Hämatocele. Abgang einer Decidua. Lap. 10. VII 91. Geplatzte, rechtsseitige Tubarschwangerschaft. Geheilt nach 4 Wochen.

401) Derselbe. Ibidem. Pat. 39 a. n. VIII para. Letzte Geburt 90. Im März und April Unterleibsschmerzen mit unregelmässigen Blutungen. 3. Juni Ohnmacht und stärkere Blutung nach aussen. Anämie und typische Hämatocele. Laparot. 11. VI. 91. Linksseitige Tubargravidität. Beim Hervorziehen des Fruchtsackes entsteht ein Einriss ins Colon descendens, nachher ging einige Mal Koth durch die Offnung ab, jedoch heilte die Bauchwunde schliesslich doch gut zu. Pat. befindet sich wohl.

402) Herzfeld. *Wiener klin. Wochenschr.* 92 p. *405.* Pat. 33 a. n. Im 25. Lebensjahr eine schwere Geburt am normalen Ende der Schwangerschaft, im Wochenbett Fieber. Im Oct. und Nov. 91 blieb Periode aus, der Leib begann zu

1) Ref. Centralbl. f. Gyn. 1891 p. 861.
2) Ref. Centralbl. f. Gyn. 1891 p. 23.

wachsen. Im Dec. eine Blutung, welche bis 4. Jan. 92 dauerte. Status: Schwangerschaftszeichen, Uterus nach links gedrängt, rechts neben ihm ein faustgrosser Tumor von verschiedener Consistenz. Die linksseitigen, normalen Adnexe zu fühlen. Diagn.: Grav. tubaria dextra. Therapie: 14. Jan. Lapar. mit Beckenhochlagerung. Losschälung des Tumors, dabei Einreissen der hinteren nekrotischen Wand desselben, Herausholung des Fruchtsackes, Unterbindung, Extirpation mit Adnexen. Vollständig fieberfreier Verlauf, am 1. Febr. geheilt entlassen. Anat. Diagnose: Rechtsseitige gravid. tubaria mit Tubenabort, Berstung der Tube und Bildung eines Hämatoms.

403) Veit. *Ges. f. Geb. u. Gyn. zu Berl., Sitzg. 12. Juni 91.*[1]) Pat. hat vor 3 Jahren eine rechtsseitige Tubenschwangerschaft gehabt. Diesmal war die Periode nur 6 Tage ausgeblieben, als der erste schwerere Collaps eintrat, dem in den nächsten 3 Tagen noch 3 weitere folgten. Zeichen extremster Anaemie bestanden. Therapie: Laparot. Sehr viel Blut im Abdomen. Rechte Tube am abdominalen Ende verschlossen, in der Mitte der linken Tube war der Sitz der Schwangerschaft, und war das linke Ligam. latum zum Theil schon entfaltet. Ruptur. Genesung.

404) Waitz. *Deutsche med. Wochenschr. 91 Nr. 3*[2]). Pat. 25 a. n., hat 4 Mal geboren, zuletzt im März vorigen Jahres. Letzte Menstruation im März dieses Jahres. 8. Juni plötzlich heftiger Schmerz in der rechten Unterleibsgegend und Ohnmacht. Diagn.: Tubenruptur. Application eines Eisbeutels, Besserung. 8 Tage nachher wieder so ein Anfall. Therapie: Lapar. 16. Juni Ruptur eines Tubenfruchtsackes in die Bauchhöhle, Heilung. Beckenhochlagerung angewandt.

405) Hünermann. *Berl. klin. Wochenschr. 92, p. 1145.* Pat. 24 a. n., hat 1 Mal geboren vor $2^1/_2$ Jahren. Bis 15. Jan. hat sie regelmässig menstruirt. Im Febr. blieb die Regel aus. 15. März Blutung mit wehenartigen Schmerzen. Links neben dem vergrösserten Uterus ein apfelgrosser Tumor. Abendliches Fieber bis 38,5. Therapie: Laparot. 25. März. In der Bauchhöhle viel flüssiges Blut. Linke Tube bildet den Fruchtsack mit einem $2^1/_2$ Ctm. langen Foetus. Ruptur. Rechts fand sich eine Pyosalpinx. 12. Mai 92 Entlassung.

406) Derselbe. *Ibidem p. 1146.* Pat. hat vor 7 Jahren 1 Mal geboren. Letzte Menstruation 4. Nov. 91. Vom

1) Ref. Centralbl. f. Gyn. 1891 p. 634.
2) Ref. Centralbl. f. Gyn. 1892 p. 583.

18. Dec. nach einem Fall an heftige Blutung bis zum 3. Jan. 92. Therapie: 26. Jan. Laparot. Rechtsseitige Haematosalpinx mit geringem, freiem Bluterguss in die Bauchhöhle. Tube 15 Ctm. lang. 25. März geheilt entlassen.

407) Hermann. *Lancet 88, Mai, p. 1021*[1]). Pat. hat 1 Mal geb. Letzte Regel vor 2 Monaten. Während der letzten Wochen wehenartige Schmerzen und Erbrechen. Neben dem Uterus apfelgrosse Geschwulst. Diagn.: Extrauterinschwang. Therapie: Lapar. Heilung. Anat. Diagn.: Um die rechte Tube eine Höhle, die mit Blutcoagulis gefüllt ist, welche die erweiterte und zerrissene Tube umgeben. Keine Frucht.

408) Carsten. *Berl. Klinik Mai 91, Heft 35*[2]). Pat. 32 a. n., hat 2 Mal geboren, zuletzt vor 3 Jahren. Menstruation 5 Wochen ausgeblieben. Blutabgang während 4 Wochen. Uterus normal gross. Diagn.: Linksseitige Tubenschwangersch. Therapie: Lapar. 3./IX. Blut im Abdomen, Ruptur. Glatte Heilung.

409) Hünermann. *Berl. klin. Wochenschr. 92 p. 1145.* Pat. 25 a. n., hat vor 4 Jahren 1 Mal geboren. Seit 1 Jahr Fluor. Letzte Menstruation 15. Dec. 90. Am 31. Jan. 91 plötzlich Ohnmacht und heftige Schmerzen im Unterleib. Status: Links neben dem Uterus eine faustgrosse Geschwulst. Am 3. Jan. wurde eine Decidua ausgestossen, die dem Uteruscavum entspricht. Lapar. am 19. Febr. Mässige Blutmenge im Abdomen. Linksseitige Tubengravid. 13. März geheilt entlassen.

410) Fritsch. *Bericht über die gyn. Oper. des Jahrg. 91/92 p. 125.* Pat. 38 a. n., hat 6 Mal geboren, zuletzt vor 1 Jahr. Linksseitige Tubargravidität. Anat. Diagnose: Die linke Tube in Pseudomembranen eingehüllt und mit dem normalen Ovarium verwachsen. Der Fruchtsack frisch geborsten, enthält die 2 Ctm. lange Frucht und Blutcoagula. Ostium abdominale tubae verschlossen.

411) Boisleux. *La clinique francaise 2. Année Nr 11 1891*[3]). Wiederholte Extrauteringrav. bei einer Frau. Erste Lapar. 19. April wegen Berstung des Tubensackes im 3. Monat der Gravid. 3 Monate später musste Oper. wegen

---

1) Ref. Centralbl. f. Gyn. 1888 p. 716.
2) Ref. Wratsch 91 p. 646.
3) Ref. Münch. med. Wochenschr. 91 p. 801.

beginnender Gravid. in der andern Tube wiederholt werden. Genesung.

412) Hünermann. *Berl. klin. Wochenschr. 92 p. 1145.* Pat. 28 a. n., hat vor 8 Jahren 1 Mal geboren, vor 5 Jahren abortirt. Letzte Menstruation Mai 91. Seitdem Mai und Juni geringe Blutungen. 4. Juli heftige Unterleibsschmerzen, Ohnmacht. Letztere wiederholte sich in den folgenden Tagen. In der Nacht zum 10. zunehmender Collaps. Therapie: 10. Juli Laparot. ohne Chloroform. Sehr viel Blut im Abdomen. Der geplatzte Fruchtsack besteht aus der rechten Tube. Foetus 7,5 Ctm. 10. Aug. geheilt entlassen.

413) Veit. *Ges. f. Geb. u. Gyn. zu Berl. Sitzg. 11. Nov. 92*[1]*).* Pat. im 2. Mon. der Grav. Vor 8 Tagen collabirt, dann Erholung. Verlor eine Decidua und verliess nach 3 Tagen das Bett. Nach einer Anstrengung fiel sie in schwere Ohnmacht und erholte sich nicht mehr. Status: 5. Nov. Dämpfung in den abhängigen Partieen und rechts vom Uterus ein kleinfaustgrosser Tumor. Therapie: Lapar. an der Moribunden in Beckenhochlagerung. Das Blut in der Bauchhöhle grösstentheils zurückgelassen. Nach Oper. Kochsalzinfusion. Genesung. Anat. Diagn.: Grav. tubaria. Ruptur in das ligam. latum, darauf in die Bauchhöhle.

Nach Laparotomie in den 4 ersten Monaten und nach Ruptur, verliefen ungünstig:

414) Thornley Stocker. *Dublin journ. of med. science 89 Apr.*[2]*).* Ruptur einer Tubenschwanger in der 12. Woche. Peritonitis, Brechen verleiten zur Diagn.: Darmobstruction. Therapie: Trotz drohenden Collapses Laparot. 8 Stunden nachher Tod. Anat. Diagn.: Fruchtsack am linken Fimbrienende der Tube.

415) Berry Hart. *Edinb. journ. 87 Okt.*[3]*).* Lapar. gemacht. Tod. Section: Gravid. im 4.—5. Monat. Rechte, geborstene Tubenschwangerschaft mit intraligam. Entwickelung. Fruchtsack extraperitoneal Uterus enthält gut entwickelte Decidua.

416) Russel. *Pacific. med. journ. 89 Febr. p. 88*[4]*).*

---

1) Ref. Centralbl. f. Gyn. 92 p. 983.
2) Ref. Centralbl. f. Gyn. 90 p. 454.
3) Ref. Centralbl. f. Gyn. 88 p. 397.
4) Ref. Centralbl. f. Gyn. 89 p. 478.

Pat. 44. a. n., VI para. Letzte Geburt vor 5 Jahren. Nach 2 monatl. Ausbleiben der Regel plötzlich Auftreten scharfer Schmerzen mit Schwäche und Uebelkeit. Diagn.: Tubenschwang. Resistenz in der linken regio iliaca bis mitten zum Nabel. Laparot. Foetus 10 Ctm. lang. Tod am 4. Tage p. oper. an Septicaemie. Anat. Diagn.: Linke Tubenschwanger.

Nach Laparotomie in den 5 letzten Monaten und vor Ruptur, verliefen ungünstig:

417) Sippel. *Deutsche med. Wochenschr. 92, Nr. 37* [1]). Tubengrav. im 7. Mon. bei lebendem Kinde. Therapie: Lapar. Ausschälung des Fruchtsackes, derselbe reisst über der Placentarstelle. Starke Blutung, die trotz Compression nach Extraction des lebenden Kindes nicht stand, erst nach Unterbindung der Spermatica stand sie. Tod an Blutverlust, trotz Kochsalzinfusion und Mastdarmeingiessung.

418) Worrell. *Verhandlungen der engl. Ges. f. Gyn. Sitzg. 12. März. Brit. gynaek. journ. 91 Bd. 25, 26. Mai u. August* [2]). Extrauteringrav. combinirt mit normaler Schwangerschaft. Die erstere war bis beinahe zum normalen Ende verlaufen, als blutiger Ausfluss und Schmerzen sich einstellten, dann der Leib an Umfang abnahm und Menses regelmässig wurden, darauf blieb die Geschwulst stationaer. Nach 9 Mon. blieb die Menstruat. aus und als W. die Kranke sah, war sie im 6. Mon. der Schwangerschaft. Therapie: Laparot. und Entfernung eines Foetus ($4^1/_2$ ℔, $19^1/_2$ Zoll). Nach der Oper. Wehen und ein 6 monatl. Foetus wurde geboren. Genesung.

Nach Laparotomie ohne Angabe des Monats nach Ruptur, verliefen mit glücklichem Ausgang:

419) Sutugin. *I. akush. i. jensk boliez Petersb. 89 III 889* [3]). Haematocele extraperitonealis. Gravid. tubaria, seu tuboovarialis dextra. Operation nach Sutugin's Methode. Heilung am 18. Tage.

420) Hünermann. *Berl. klin. Wochenschr. 92, p. 1145.* Haematocele retrouterina, hühnereigrosser Frucht-

1) Ref. Centralbl. f. Gyn. 92 p. 992.
2) Ref. Centralbl. f. Gyn. 91 p. 1042.
3) Ref. Jahresb. v. Frommel 90 p. 127.

sack der rechten Tube. Vielfache perimetritische Verwachsungen. Laparot. Heilung.

421) Gordon. *New-York med. journ. 88 Febr. 4. p. 118*[1]). Diagn.: Tubenschwangerschaft, Ruptur, innere Blutung, vor der Ruptur die Diagn. gestellt. Therapie: Laparot. Genesung. Operat. in tiefem Collaps.

422) Boldt. *Amer. Journ. of obst. 91 März—Juli. Sitzg. 3. März*[2]). Während der Vorbereitueg zur Operat. war der Sack geborsten, Kranke stark collabirt. Lapar. Glatte Heilung.

423) Zweifel. *Ges. f. Geb. zu Leipzig 15. Juni 91*[3]). Geplatzte tubare Gravidität mit plötzlich aufgetretener innerer Blutung. Laparot. und genaue Säuberung vom Blute. Glatte Heilung.

424) Hamilton. *New-York, med. Journ. 91 Aug. 22. p. 207*[4]). Pat. 30 a. n. Letzte Geburt vor 5 Jahren. Leidet seit 7 Jahren an Fluor albus. Schwangerschaftszeichen. 21. Dec. starke Blutung, am Tage darauf Abgang eines Häutchens. Collaps. Starke Schmerzen in der linken Seite. Diagn.: Ruptur einer Tubenschwangerschaft. Laparot. unter Vorhandensein hochgradigen Shokes. Genesung.

Nach Laparot. nach Ruptur verliefen ohne Angabe des Monats und des Ausganges:

425) Hanks. *Amer. journ. of obst. 90, Jan. und Febr.*[5]). Ohne genaue Diagn. Lapar. wegen Indicatio vitalis. Bauchhöhle voll Blut, rechte Tube ausgedehnt und geborsten.

Nach Laparotomie und ohne Sicherheit ob Ruptur gewesen, verlief günstig:

427) Hermann. *Lancet 1888 Mai p. 1021*[6]). Pat. 28 a. n., hat 1 Mal geboren, seitdem kränkelnd. 6 Wochen vor Aufnahme nach einem Fall Schmerzen im Unterleibe, Abgang von Blut und Hautstücken. Status: Hinter dem Uterus ein elastischer Tumor, welcher nach oben bis 3 Querfinger

1) Ref. Centralbl. f. Gyn. 88 p. 710.
2) Ref. Centralbl. f. Gyn. 91 p. 839.
3) Ref. Centralbl. f. Gyn. 1891 p. 747.
4) Ref. Centralbl. f. Gyn. 1892 p. 294.
5) Ref. Centralbl. f. Gyn. 90 p. 681.
6) Ref. Centralbl. f. Gyn. 88 p. 716.

unter den Nabel reicht. Therapie: Laparot. Glatte Heilung. Anat. Diagn.: Fruchtsack an der rechten Tube, deren äusserer Theil delatirt und offen, als wenn das Ende abgerissen. Foetus im 3. Monat.

427) Veit. *Ges. f. Geb. u. Gyn. zu Berl. Sitzg. 26. Okt. 88* [1]). Pat. hat 1 Mal geboren. Letzte Regel 15. Mai. Untersuchung 17. Okt.: Uterus leer. Rechts und hinten von ihm ein faustgrosser Tumor, in welchen die dicke Tube überging. Links Tubenhydrops. Diagn.: Doppelseitige Salpingitis. Laparot. Genesung.

428) Braun. *Geb. gyn. Ges. in Wien. Sitzg. 26. März 89* [2]). III. Gravida. Seit Sept. beständige Schmerzen im Abdomen, in Folge eines Falles. Status: 10. Februar. Der leere, kindskopfgrosse Uterus nach links verschoben. Kindstheile in demselben deutlich nachweisbar. Therapie: Lapar. am 11. Febr. Das wiederbelebte Mädchen 51 cm. lang, 3100 Gr. schwer in Fibringerinnseln. Kein Fruchtsack. Placenta sitzt an der Hinterfläche des Uterus, wird entfernt und Abtragung des Corpus Uteri wegen Blutung. Langsame, fieberfreie Heilung. Das Kind stirbt an Pneumonia bilateralis, lobularis in Folge Aspiration von Fruchtwasser.

429) Bantok. *Prov. med. journ. 88. Dec. 1. p. 544* [3]). Diagnose rechtzeitig gestellt, sofort Operation, genesen.

430) D. O. Ott. *Geb. gyn. Ges. zu Petersb. 19. Apr. 90* [4]). Tubarchwangerschaft früher Periode. Diagnose vor Oper. gestellt. Therapie: Lapar. Genesnng.

431) Derselbe. *Ibidem* [5]). Wie voriger.

432) Derselbe. *Ibidem* [6]). Etwas ältere Schwangerschaft im rudimentären Uterushorn. Laparot. Genesung. Diagnose vor Oper. gestellt.

433) Veit. *Ges. f. Geg. u. Gyn. zu Berl. Sitzg. 12. Juni 91* [7]). Therapie: Lapar. Die Tube war in ihrem uterinen Theil in einen hühnereigrossen Tumor verwandelt und schien dann vor dem Ovarialtumor verschlossen aufzuhören. Im Ovarialtumor endete frei das offene Fimbrienende

1) Ref. Centralbl. f. Gyn. 1888 p. 792.
2) Ref. Centralbl. f. Gyn. 1889 p. 634.
3) Ref. Centralbl. f. Gyn. 1889 p. 495.
4) Ref. Centralbl. f. Gyn. 1890 p. 939.
5) Ref. Ibidem.
6) Ref. Ibidem.
7) Ref. Centralbl. f. Gyn. 91 p. 634.

der Tube. Es handelt sich um Schwangerschaft in einer Ovarialtube. Das Ei war abgestorben. Genesung.

434) Tuffier. *Revue de chir. 91, Nr. 4*[1]). Pat. 37 a. n. Es traten plötzlich bei einer Schwangerschaft Beschwerden auf und es bildete sich eine Geschwulst an der vorderen Seite des Uterus, über deren Natur man im Zweifel war. Therapie: Lapar. Tumor besteht aus einer foetalen Cyste, welche der 2 monatl. Foetus perforirt hatte. Die Cyste wurde abgetragen. Genesung.

435) Wylie. *Amer. journ. of. obst. 91 März—Juli. Sitzg. am 6. Jan.*[2]). Nach Entfernung der einen Tube Tubarschwangerschaft in der andern eingetreten und mit gutem Erfolg operirt.

436) Tuttle. *Ibidem Sitzg. am 17. März*[3]). Erfolgreich operirte Tubarschwangerschaft.

437) Ott. *Wratsch 90 p. 1119.* Tubenschwangerschaft der rechten Seite (Haematosalpinx) II—III Mon. Diagn. gestellt. Laparot. Genesung.

438) Carsten. *Berliner Klinik, Mai 91 Heft 35*[4]). Pat. 35 a. n., hat 1 Mal vor 14 Jahren geboren. Letzte Regel Novemb. 88. Von Anfang 89 beständige Blutungen und Schmerzen. Mitte Februar wurde links vom Uterus eine faustgrosse Geschwulst gefunden. Diagn.: Tubenschwangerschaft Laparot. Glatte Genesung. Anat. Diagn.: Bestätigung der Diagnose, Chorionzotten und Deciduazellen gefunden.

Nach Laparotomie ohne Angabe ob Ruptur gewesen, verlief ungünstig:

439) Parkes. *Journ. of the Amer. med. assoc. 91. 18. Apr. p. 564*[5]). Wegen drohender Sepsis bei einer jungen Frau, die bisher steril war Lapar. zur Entfernung der Frucht bei Extrauteringravidität. Während der Operation wird es plötzlich dunkel durch ein aufziehendes Gewitter, so dass zu nahe an den Querdarm und Ureter geschnitten wurde. Es entstand eine Darmfistel. Pat. starb am 12. Tage. Section: keine Peritonitis. Oeffnung im unteren Theil der Flexur von der Grösse eines halben Dollars. Die rechte Niere war atrophirt.

---

1) Ref. Centralbl. f. Gyn. 91 p. 764.
2) Ref. Centralbl. f. Gyn. 91 p. 838.
3) Ref. ibidem.
4) Ref. Wratsch 91 p. 646.
5) Ref. Centralbl. f. Gyn. 1891 p. 1028.

440) Walker. *Arch. f. pathol. Anatom. 87 Bd. 107 p. 72*[1]*).* VII para. Letzte Regel Nov. 78, darauf Schmerzen und am 6. Juli 79 begannen Wehen und sie gebar eine 8 monatl. Frucht. Nach der Geburt blieb ein kindskopfgrosser Tumor links vom Uterus zurück. Peritonitis. Therapie: Lapar. wobei links im Becken eine Frucht frei liegend im Abdomen gefunden wurde. Nach 10 Min. Tod der Mutter an Blutverlust. Anat. Diagn.: Unzweifelhafte Abdominalschwangerschaft. Anhänge normal, Fruchtsack frei im Abdomen. Foetus in der 18.—20. Woche. Uterus sehr vergrössert.

Nach Laparotomie ohne Angabe der Art den Fruchtsack zu behandeln, verliefen ohne Angabe des Ausganges:

441) Schultze. *Bericht über den Congress der deutsch. Ges. f. Gyn. in Halle 24.—26. Mai 88*[2]*).* Praepar. einer ausgetragenen, rechten tubo-uterinen Schwangerschaft. Es wurde an der moribunden eklamptischen Frau die Sectio caesarea gemacht.

442) Baldy. *Med. news 90 Febr. 15. p. 169*[3]*).* Schmerzen im Becken bei regelmässiger Menstruation. Blutung aus den Genetalien ohne Abgang von Deciduafetzen. Diagn.: Doppelseitige Pyosalpinx. Therapie: Laparot. Rechte Tubenschwangerschaft, links Eierstockscyste.

443) Reclus. *Arch. gen. de med. 89 Juli*[4]*).* Tubarschwangerschaft von 14 monatl. Dauer mit reifem Foetus. Laparot. Rein tubarer Charakter nach anatom. Untersuchung.

444) Mundé. *Amer. journ. of obst. 90 Bd. 23 p. 23*[5]*).* Pat. hat 1 Mal vor mehreren Jahren geboren. Status: 4 Mon. nach Ausbleiben der Regel und bei Schwangerschaftszeichen zweifaustgrosse elastische Geschwulst in der rechten Seite. An der linken Seite des Tumors ein kleinerer, welcher für den Fundus Uteri gehalten wurde. Die Sonde drang 3 Zoll nach rechts ein. Hautfetzen sollen mehrfach abgegangen sein. Diagn.: Tubarschwangerschaft. Therapie: Laparot. Uterus ansscheinend normal. Sonde geht jetzt nach links ein, nachher wieder nach rechts, wobei deutlich eine Scheidewand gefühlt wurde. Schluss der Bauch-

1) Ref. Wratsch 92 pag. 180.
2) Ref. Centralbl. f. Gyn. 88 p. 421.
3) Ref. Centralbl. f. Gyn. 90 p. 879.
4) Ref. Centralbl. f. Gyn. 90 p. 737.
5) Jahresb. von Frommel 90 p. 114.

wunde, Abort und Genesung. Anat. Diagn.: Schwangerschaft im rechten Horn eines Uterus bicornis.

445) Mendes de Leon und Catharine von Fussenbrock. *Nederl. tijdschr. v. Verlosk. en Gynaek. Jahrg. II*[1]). VII para bis 6. Mon. der Gravid. keine abnormen Erscheinungen, dann hörten Kindsbewegungen auf. Pat. verlor per vaginam während 4 Wochen Blut. Vom 7.—13. Mon. der Gravid. Amennorrhoe, im 13. Mon. trat die Regel wieder ein. Im 15. Mon. fühlt die Frau einen Tumor im Abdomen. Status: Hinter dem Uterus 2 Tumoren, ein apfelgrosser und ein grösserer, welcher als Foetus erkannt wird. Therapie: Laparot. Foetus frei vom Amnion umschlossen in der Bauchhöhle. Uterus normal. Der apfelgrosse Tumor ist Placentargewebe. Gravid. tubaria. Foetus entweder durch Ruptur oder durchs abdominale Ostium der Tube in die Bauchhöhle ausgetreten.

446) Pestalozza. *Riforma med. 91 Juni Separatabdr.*[2]). Tumor Orangengross. Diagn.: Haematosalpinx. Therapie: Laparotomie. Keine Foetalreste, aber eine deutliche Decidua. Abdominalostium der Tube ganz verschlossen. Den Verschluss hält Verfasser für sehr alt, weil jede Spur von Fransen fehlte. Im Ovarium kein Corpus luteum, daher nach Verfasser durch innere Ueberwanderung zu Stande gekommen.

447) Mackenrodt. *Ges. f. Geb. u. Gyn. zu Berl. Sitzg. 8. Jan. 92*[3]). Pat. 32 a. n., hat 3 Mal geb. dann abortirt und nicht mehr concipirt. Letzte Periode April 1890. Im Juni unregelmässige Blutungen und starke Schmerzen in der rechten Seite, Fieber bis 40°. Diagn.: Extrauteringrav. Zustand bedenklich wegen hochgradiger Anämie, Operat. wird verweigert. Pat. erholt sich langsam, aber die Beschwerden chronischer Peritonitis bleiben zurück. Periode seit Okt. 90 wieder regelmässig. Sept. 91 bleibt die Regel wieder aus und Blutungen mit Schmerzen in der linken Seite. Fieber bis 40,5°. Es wiederholte sich der ganze Cyclus der Beschwerden wie $1^1/_2$ Jahr früher. Status: Harte Masse rechts vom Uterus. Gänseeigrosser, sehr weicher Tumor links und hinten vom Uterus. Therapie: Laparotomie, Exstirpation des Fruchtsackes, welcher platzte. Anat. Diagn.: Linksseitige Tubarschwanger. Rechte rudimentäre Höhle endet in einen Hohlraum, rechtes Ovarium nicht vorhanden, im Hohlraum

1) Ref. Centralblatt f. Gyn. 91 p. 669.
2) Ref. Centralblatt f. Gyn. 92 p. 295.
3) Ref. Centralbl. f. Gyn. 92 p. 123.

und Tubenlumen sind Extremitätenknöchelchen. Wiederholte Tubenschwangerschaft.

448) Rein. *Geb. yyn. Ges. in Kiew, Sitzg. 27. Febr. 91*[1]). Pat. 32 a. n., hat 1 Mal vor 8 Jahren geboren, danach $1^1/_2$ Monate krank. Diese 2. Schwangerschaft war normal bis zum 8. Monat, wo eine Ohnmacht entstand. Zum Geburtstermin blieb die Geburt aus. Kein Deciduaabgang. Diagn.: Extrauteringrav. mit Uebergang in Lithopaedion. Therapie: Lapar. 23. Febr. Verlauf: Genesung. Anat. Diagn.: Primäre Abdominalschwang. Placenta am Fundus Uteri angewachsen. Adnexe normal, nur entzündliche Erscheinungen um die Ovarien. Foetus $7^1/_2$ Monate alt.

449) Ott. *Geb. gyn. Ges. Sitzg. 28. März 91*[2]). Präparat einer Extrauterinzwillingsschwangerschaft, welche operirt worden war. Die Früchte waren im 4. Monat.

450) Olenin. *Chirurg. Letopiss Th. I, Buch 3, 91*[3]). Pat. 36 a. n., hat 2 Mal geboren, zuletzt vor 7 Jahren. Nach letzter Geburt Schmerzen in den Genitalien und Ausfluss. Klagt über Schmerzen und geringe Blutungen. Status: 29. April. Links eine Geschwulst bis 2—3 Querfinger über das Poupartsche Band, Geschwulst wächst. Diagn.: Tubenschwangerschaft, wogegen aber die regelmässige Menstruation und keine Veränderung der Brüste sprach. Curettement, es lassen sich keine Deciduazellen nachweisen. Therapie: Laparot. 15. Mai. Ein Foetus 5 Gr. schwer, 5,5 mm. lang, wird entfernt. Anat. Diagn.: Linke Tubenschwang. nach mikroskopischer Untersuchung sicher.

451) Recklinghausen. *Sitzg. des naturwiss. med. Vereins zu Strassburg i. E. vom 5. Juli 89*[4]). Von Freund operirter Fall, in welchem das Ei myxomatös entartete Chorinzotten zeigte.

452) Veit. *Ges. f. Geb. u. Gyn. zu Berlin, Sitzg. am 24. Febr. 88*[5]). Exstirpirte Tubenschwangersch. Ruptur mit starker Blutung in Bauchhöhle, so dass Operat. an pulsloser Pat. Ovulum war $1^1/_4$ Ctm. im Durchmesser.

453) Michelson. *Berichte über d. 60. Congress d.*

---

1) Ref. Wratsch 91 p. 343.
2) Ref. Wratsch 91 p. 373.
3) Ref. Med. Rundsch. 37 p. 489 u. Journ. f. Geb. u. F. 92 p. 303.
4) Ref. Jahresb. v. Frommel 89 p. 112.
5) Ref. Centralbl. f. Gyn. 1888 p. 227.

deutschen Aerzte in Wiesbaden, Sitzg. 21. Sept. 87[1]). Präparat einer Extrauteringravid. durch Lapar. entfernt, nachher normale Geburt.

Das Kind wurde durch den Uterus extrahirt in Fall:

454) Jaggard. *Journ. of the Amer. med. assoc. 91, Apr. 25, p. 582*[2]). Pat. 36 a. n. Nullipara. Letzte Menstruation im April 90. 23. Sept. Collaps. Schwangerschaftszeichen. Geschwulst von der Grösse eines Uterus im 7. Monat der Schwangerschaft. Keine Kindstöne. Diagn.: Vorzeitige Lösung einer normal sitzenden Placenta, oder Blutung aus einer extrauterinen Placenta. Es wurde kein Eingriff gemacht und am 9. Tage traten septische Erscheinungen auf. Therapie: In das Ei eingegangen, nachdem die Cervix durch Dilatatoren erweitert war und ein todtfaules Kind entwickelt. Section: Extraperitonealer Eisack neben dem Uterus, dessen Wand zerrissen und mit der Höhle in Verbindung stand.

Mit Einspritzung von Chlorzink verlief glücklich:

455) Sotschawa. *Med Rundschau 89 Nr. 1*[3]). Pat. 32 a. n., hat vor 12 Jahren 1 Mal geboren, nach der Geburt Parametritis. Die Regeln sistiren seit 2 Monaten, gastrische Störungen, collostrumähnliche Flüssigkeit in den Brüsten. Status: Apfelsinengrosse schmerzhafte Geschwulst in der rechten Seite. Uterus vergrössert. Muttermund etwas geöffnet. Diagn.: Tubenschwang im 2. Monat. Therapie: Einspritzung von 1 Gr. 5 % tiger Lösung von Chlorzink, 2 Mal mit Zwischenraum von 6 Tagen. Aus dem Muttermund fliesst eine gelbrothe Masse, welche Schleim, Eiter und Deciduazellen enthält. Ausgang: Geschwulst kehrte zur Grösse eines normalen Ovariums zurück. 3 Wochen später normale Regeln.

Ohne Angabe einer Therapie finden sich folgende Fälle:

456) Berry Hart. *Edinburg. journ. 1887 Okt.*[4]). Fruchtsack in der rechten Hälfte des Abdomens bis zum obe-

1) Ref. Journ. f. Geb. u. Fr. 88 p. 122.
2) Ref. Centralbl. f. Gyn. 91 p. 1028.
3) Ref. Centralbl. f. Gyn. 90 p. 19.
4) Ref. Centralbl. f. Gyn. 88 p. 397.

ren Rande des zweiten Lendenwirbels, Tube und Ovarium mit dem Sack extraperitoneal. Die frische Ruptur des Fruchtsackes auf seiner höchsten Stelle. Anat. Diagn.: Tubenschwang., weil Muskelfasern in der Sackwand, obgleich Placenta am Peritoneum angeheftet. Uterus sehr vergrössert. Schwangersch. im 7.—8. Mon.

457) Mann. *Amer. journ. of obst. 88 Okt. p. 1032*[1]). Gravid. ovarialis. Cyste, in der Placenta nachweisbar. Kein Foetus.

458) Jaggard. *Verhandlgen. d. Ges. f. Gyn. zu Chicago, Sitzy. 16. Nov. 88*[2]). Präparat einer Eierstocksschwang. Die Tube befindet sich ganz getrennt von dem Sack auf der anderen Seite des Ovariums.

459) Veit. *Ges. f. Gyn. u. Geb. in Berl. Sitzg. am 10. Mai 89*[3]). Tubenschwangerschaft bei der im Jan. 88 auf der anderen Seite die gleiche Erkrankung operirt worden war.

460) Landau u. Rheinstein. *Arch. f. Gyn. Bd. 38, Hft. 3 p. 367*[4]). Schwangere Tube der 6. Graviditätswoche. Das Ei hatte sich in einem Divertickel der Tube inserirt.

461) Petit. *Mercr. med. 91 Nr. 21*[5]). Fibromyom mit Tubenschwangersch. verbunden. In der Wandung der im 2.—3. Mon. geborstenen Tube ein Fibromyom, das vielleicht dem befruchteten Ei den Weg verlegt hat.

462) Schmorl. *Geb. Ges. zu Leipzig 17. Nov. 90*[6]). Rechtsseitige Tubenschwangersch. Ruptur. Aeussere Ueberwanderung.

463) Jewett. *Amer. journ. of obst. März—Juli, Sitzg. 5. Mai*[7]). Zeichen heftiger innerer Blutung. Collaps. Uterus sehr vergrössert. Im rechten Horn ein Riss von 2 Zoll. Plac. im Riss, Foetus zwischen den Darmmassen. Uteruswunde wurde vernäht. Tod an Shok.

464) Lott. *Geb. gyn. Ges. zu Wien Sitzg. 10. Nov.*

1) Ref. Centralbl. f. Gyn. 89 p. 355.
2) Ref. Centralbl. f. Gyn. 89 p. 859.
3) Ref. Centralbl. f. Gyn. 89 p, 417.
4) Ref. Jahresb. von Frommel 90 p. 115.
5) Ref. Jahresb. v. Frommel 90 p. 115.
6) Ref. Centralbl. f. Gyn. 91 p. 148.
7) Ref. Centralbl. f. Gyn. 91 p. 841.

91[1]). Tubargravid. Diagn.: Gonnorrhoe mit beiderseitiger Salpingo-Oophoritis und Gravid. tubaria sinistra. Im Sack findet sich ein Chorion, vom Embryo keine Spur.

465) Schramm. *Centralbl. f. Gyn. 92, p. 622.* Ausgestossene Decidua bei linker Tubarschwang.

An diese Fälle schliesse ich an die in der mir zugänglichen Litteratur sich findenden, zusammenfassenden Angaben einiger Operateure über die von ihnen behandelten Fälle dieser Art, welche sich nicht unter den vorher angeführten befinden.

466) Gusserow. *Berl. klin. Wochenschr. 92 Nr. 22*[2]). 20 Fälle von, während der ersten Monate geplatzten Tubarschwangersch. Bei 13 waren die Erscheinungen des drohenden inneren Verblutungstodes plötzlich, ohne vorangegangene Erscheinungen aufgetreten, bei 7 war dem lebensgefährlichen Collaps Haematocele vorausgegangen. Von den ersteren starben 2, keine an der Operation (eine 30 Tage p. op. an einer Nierenkrankheit, eine in Folge Collaps, der schon vor der Operat. bestanden). Bei allen 13 Fällen waren die Menses 1—3 Mal ausgeblieben. Bei 11 Fällen war den Erscheinungen der lebensgefährlichen Ruptur anderweitige Symptome der Extrauteringravidit. vorausgegangen. In keinem der Fälle war vor der Ruptur Abgang einer Decidua festzustellen, 2 Mal wurde sie nach der Oper. ausgestossen. Bei 3 Fällen war eine äussere Ursache für die Ruptur aufzufinden. Von den 7 Fällen mit Haematocele genasen 6 nach der Oper., nur eine starb in Folge Anämie. Bei 2 dieser Patientinnen war die Regel nie, bei drei 3 Mal, bei je einer 2 Mal und 1 Mal ausgeblieben. Als Ursache der Berstung musste ein Mal das Curettement und Anziehen des Uterus angesehen werden. Decidua war ein Mal nach der Operat. u. 1 Mal vor dem Collaps abgegangen.

467) Pinard. *L'abeille med. 9. Aug. 24*[3]). 7 Fälle, in den letzten 3 Jahren operirt, 6 mit Laparot., 1 mit Elytrotomie. Nur eine Kranke ging, weil schon in Extremis operirt, zu Grunde.

---

1) Ref. Centralbl. f. Gyn. 92 p. 389.
2) Ref. Centralbl. f. Gyn. 92 p. 812.
3) Ref. Centralbl. f. Gyn. 92 p. 295.

468) Krassorowski. *Jahresberichte von Frommel 90.* 7 Fälle: 2 Mal Ausstossung durch den Mastdarm, 1 Mal durch einen Nabelabscess, alle 3 Frauen genasen. 2 Mal sah er Frauen niederkommen, bei gleichzeitigem Lithopaedion im Bauch. 1 Mal diagnosticirte er ein Fibroid und fand eine ektopische Gravidität bei der Laparotomie. 3 Mal hat er die Frucht in früheren Jahren durch die vaginale Punktion getödtet. Alle 3 Frauen blieben am Leben.

469) Winckel. *Bericht über den II. Congress der deutschen Ges. f. Gyn. in Halle 24.—26. Mai 88* [1]). In 5 Fällen Morphiuminjection und 3 Mal mit Erfolg. In einem Falle brachte er während 2 Jahren in beiden Tuben je 1 Foetus zur Schrumpfung. Die später stattgehabte Section wies in beiden Tuben verknöcherte Foeten auf.

470) Hofmann. *Allgem. Wiener med. Wochenschr. 88, Nr. 25* [2]). 8 Fälle von Tubarschwangerschaft. 6 hatten das 30., eine sogar das 40. Jahr überschritten, 1 war Nullipara, 6 Multipara, 1 unbestimmt; 2 Mal die rechte, 6 Mal die linke Tube Sitz der Gravidität; 2 Mal Transmigratio ovuli; 4 Mal wurden peritonitische Adhaesionen der betreffenden Tube gefunden, sonst nicht; 7 Mal Berstung im 2. Mon., 1 Mal im 3. Mon. der Schwangerschaft. 4 Mal erfolgte der Tod 4—12 Stunden nach Ruptur; 2 Mal wurde bei frischem Bluterguss die Frucht macerirt gefunden (Berstung nach Fruchttod).

471) Schauta. *Beiträge zur Casuistik, Prognose u. Therapie der Extrauteringrav.* [3]). 7 Fälle. In einem Fall Vorhandensein eines intraligamentären, rechtsseitigen Tubensackes im 6. Monat diagnosticirt und wegen drohender Ruptur die Laparot. ausgeführt und totale Exstirpat. des Fruchtsackes. Glatte Genesung. In 4 weiteren Fällen Tubenschwangerschaft, 2 Mal rechts, 2 Mal links mit frühzeitiger Berstung des Sackes; nur 1 Pat. die bereits inficirt in Behandlung kam starb. Die 2 letzten Fälle wurden nicht operirt, da die eine bei der Untersuchung schon an bestehender eitriger Peritonitis verschied und bei der andern mehrere Jahre nach dem eingetretenen Tode die 7-monatliche Frucht spontan durch Scheide und Darm durchbrach. Genesung.

---

1) Ref. Centralbl. f. Gyn. 88 p. 388.
2) Ref. Centralbl. f. Gyn. 88 p. 759.
3) Ref. Centralbl. f. Gyn. 91 p. 764.

472) Saenger. *Ges. f. Geb. zu Leipzig. Sitzg. am 9. Oct. 91*[1]). 6 Fälle: 4 Mal trat Berstung des Fruchtsackes ein, im Anschluss daran 2 Mal innere Blutung, 1 Mal Hämotocele, 1 Mal Hämatom. 2 Mal Ruptur im 2., ein Mal im 1. Mon.; 1 Mal tubarer Abort und 1 Mal fand keine Ruptur statt. Laparotomie in allen 6 Fällen, 1 Mal Tod wegen vorhergegangener innerer Blutung, sonst immer Genesung. Alle 6 Fälle Graviditas tubaria im 2. Monat.

473) Freund. *Versammluny deutscher Naturforscher und Aerzte in Heidelberg 18.—23. Sept. 89*[2]). 3 Tubenschwangerschaften mit Berstung und Exstirpation der Tube per Laparotomiam und Genesung.

474) Tuttle. *Amer. journ. of. obst. 89. Sept., Nov., Dec. 90, Jan. Sitzg. 19. März*[3]). 2 Fälle mit dem faradischen Strom ohne Erfolg behandelt und Laparotomie angeschlossen.

475) Stratz. *Nedrl. tijdschr. v. Verlosk en Gynaekol. 90. II*[4]). 5 Fälle: 5 Mal Laparotomie, 3 genasen, 2 starben an Peritonitis, 1 Mal war letztere schon vor Operation vorhanden. 2 Mal handelte es sich um Tubargravid., 2 Mal um Ovarialgravid. und 1 Mal um Tuboovarialgravidität. 2 Mal Ruptur mit Hämatocelenbildung.

476) Förster. *Amer. journ. of. obst. 90 Nov. p. 1204*[5]). 5 Fälle: 4 Mal wurde die Laparot. gemacht, 2 Mal nach Ruptur mit innerer Blutung. 2 Mal trat der Tod ein nach Operat., 1 Mal vor der Operat. 1 Mal Diagnose unsicher.

477) Chroback. *Geb. gyn. Ges. zu Wien. Sitzg. 10. Juni 90*[6]). 5 Fälle: 5 Mal Laparotomie alle Frauen genasen. 2 Mal in der ersten Zeit der Schwangerschaft, 2 Mal bei abgestorbener Frucht, 1 Mal bei lebendem Kinde in vorgerückter Schwangerschaftsperiode, Kind blieb am Leben.

478) Lihotzki. *Wiener klin. Wochenschr. 91. Nr. 10 u. 11*[7]). 3 Fälle: 2 Mal Tubengravid., 1 Mal Tuboovarialschwangerschaft, 2 Mal in vorgerückter Zeit, ein Mal mit lebendem, 1 Mal mit todtem Kind. Genesung in allen 3 Fällen.

---

1) Ref. Centralbl. f. Gyn. 1892 p. 619.
2) Ref. Münchener med. Wochenschr. 89 p. 891.
3) Ref. Centralblatt f. Gyn. 1890 p. 270.
4) Ref. Centralbl. f. Gyn. 1891 p. 133.
5) Ref. Centralbl. f. Gyn. 91 p. 558.
6) Ref. Centralblatt f. Gyn. 1891 p. 600.
7) Ref. Centralblatt f. Gyn. 1891 p. 767.

479) Sippel. *Deutsche med. Wochenschr. 92 Nr. 37* [1]). 4 Fälle mit Ueberwanderung beobachtet.

480) Breisky. *Sitzungsberichte der k. k. Ges. der Aerzte in Wien 87, Nov. 25* [2]). 3 Fälle: 1 Mal Operation 6 Jahre nach Tod des Kindes bei Jauchung im Fruchtsack. Pat. starb an Sepsis, es war linksseitige Tubarschwangerschaft. Von den nicht operirten Pat. war die eine eine intraligamentaere Tubarschwangerschaft, die Kranke starb plötzlich, die andere eine secundäre Abdominalschwangerschaft, wahrscheinlich tubaren Ursprungs.

481) Warneck. *Tagebl. d. 4. Congresses russischer Aerzte zu Moskau 3.—10. Jan. 91* [3]). 6 Fälle: 4 Mal Lapar. 3 Mal günstig, 1 Mal ungünstig, 2 starben ohne Operation. 4 Mal war die Diagnose richtig gestellt.

482) Pichevin. *Chirurg. Westnik. April—August 92.* 8 Tubenschwangerschaften wurden operirt, 2 Todesfälle, 1 an Blutung, 1 an Peritonitis. 6 Mal war die Diagnose richtig gestellt, 2 Mal versehen.

483) Landau. *Berl. med. Ges. Sitzg. 12. Febr. 90* [4]). Hat 24 Fälle behandelt. 6 Mal Laparotomie, eine davon gestorben, nicht wegen Operat. 13 Mal Incision von der Vagina aus, eine starb. 5 Mal nicht operirt wegen zu starker Blutung, 2 davon starben. 2 Mal in der Diagnose sich getäuscht.

484) Fasola. *Annali di ostetricia etc. 88 April bis Mai* [5]). 3 Fälle, welche nach Berstung des Fruchtsackes ohne Kunsthülfe heilten.

485) Boldt. *Med. record 91 Juli 18. p. 78* [6]). 2 Fälle von Tubengravid. mit glücklichem Erfolg nach Ruptur operirt. Decidua war nicht abgegangen. Die erkrankten Frauen boten vorher Zeichen erkrankter Eileiter dar.

486) Kletsch. *Amer. journ. of obst. 88 März, April, Mai. Sitzg. 20. März* [7]). 2 Fälle; Im 1. Laparot. Tod durch Shok. Im *2.* Extrauteringravid. zum zweiten Mal Behandlung mit Elektricität.

---

1) Ref. Centralbl. f. Gyn. 1892 p. 992.
2) Ref. Centralbl. f. Gyn. 1888 p. 333.
3) Ref. Wratsch 90 Nr. 52.
4) Deutsche med. Wochenschr. 90 p. 178.
5) Ref. Centralbl. f. Gyn. 1888 p. 616.
6) Ref. Centralbl. f. Gyn. 92. p. 294.
7) Ref. Centralbl. f. Gyn. 1888 p. 870.

Nach Zusammenstellung der von mir in der Litteratur gefundenen Fälle, folgen jetzt die auf der Frauenklinik zu Dorpat von Professor Dr. Küstner operirten Fälle eingehend beschrieben. Es sind 7 resp. 8, da es sich einmal um wiederholte Extrauteringrav. handelte.

I. Krankenbogen der Frauenklinik zu Dorpat 1888, Nr. 108.

Anamnese: Frau P., Jüdin, aufgenommen 19. Aug. 1888, 26 a. n., hat 2 Mal geboren, das erste Mal 1884, wonach sie angeblich eine Gebärmutterknickung acquirirte und einen Ring tragen musste, der ihre Beschwerden jedoch nur wenig gebessert haben soll, das zweite Mal im Nov. 1886, worauf sie dieses zweite Kind ein Jahr und 2 Monate gestillt hat. Die ersten 4 Monate nach der 2. Geburt blieben die Regel aus, dann aber kehrten sie zurück in regelmässigen, 6-wöchentlichen Intervallen, von 8—9-tägiger Dauer, während sie früher alle 4 Wochen aufgetreten waren, blieben aber am Anfang des Jahres wieder 6 Wochen aus. Seit dem 23. März des Jahres litt Pat. an continuirlichen, nicht sehr reichlichen Blutungen, verbunden mit starken Schmerzen im Unterleib, welche bis zum 20. Juli andauerten, dann trat eine Pause von 8 Tagen ein. Seit 14 Tagen sistiren die Blutungen, aber die Schmerzen im Unterleib, Appetitlosigkeit, Uebelkeit und ab und zu Erbrechen dauern fort. Fieber ist nicht vorhanden gewesen. Im Mai schon wurde von den Aerzten eine Geschwulst im Unterleib constatirt, welche seitdem nach den Aussagen derselben an Umfang abgenommen hat.

Status: Im Abdomen ist ein Tumor zu fühlen, welcher tief ins kleine Becken herein, und nach oben bis 3 Eingerbreit unter den Nabel reicht. Die Oberfläche desselben ist höckrig, seine Consistenz teigig hart. Der Uterus ist deutlich vom Tumor abzugrenzen, vergrössert, etwas nach links gedrängt, und liegt vor der Geschwulst. Beide zusammen sind einigermassen beweglich, während eine isolirte Bewegung sich weder dem Uterus noch dem Tumor ertheilen lässt. An der unteren Grenze des Tumors sitzt demselben auf der rechten Seite eine kirschengrosse Cyste auf. Die linken Adnexe sind normal, die rechte Tube ist verdickt, das rechte Ovarium vergrössert. Alle diagnostischen Manipulationen sind recht empfindlich. Die Diagnose wird mit Wahrscheinlichkeit auf Extrauteringravidität gestellt. Die übrigen Organe sind gesund. Recht starke Schmerzen bestehen und alle Nahrung wird er-

brochen. Verordnung: Bettruhe, Narcotica und Priessnitz auf den Leib. Die Beschwerden bessern sich im Laufe der nächsten Wochen, das Erbrechen hört fast vollständig auf, Fieber ist nicht vorhanden. Anfang Sept. nahmen die Brechneigung und Schmerzen so zu, dass sie fast die Höhe wie im Beginn der Erkrankung im Mai erreichten.

Therapie: Laparotomie 4. October. Nach der Eröffnung des Abdomens fand sich der Tumor an der ganzen Vorderfläche von Dünndarmschlingen bedeckt und mit diesen verklebt. Diese Verklebungen wichen nur zum geringsten Theil den Fingerdruck, mussten grösstentheils, da sie sehr kurz und breit, mithin nicht zu unterbinden waren, mit den Pacquelin getrennt werden. Auch die hinteren und seitlichen Flächen des Tumor konnten nur so freigemacht werden. Schliesslich fand sich der Tumor nur noch mit der rechten Tube in schmalbasigem Zusammenhang, dieser wurde unterbunden und der Tumor abgeschnitten. Die Tube war hochgeröthet und stark verdickt. An der Stelle, wo der Tumor abgetrennt war konnte man erkennen, dass nicht nur der abgetrennte Tumor, sondern auch die Tube geronnenes Blut enthielten. Da die Verwachsungen der Tube mit der Umgebung sehr fest und nur unter nennenswerther Blutung zu trennen waren, zudem der Blutverlust bis dahin schon bedeutend gewesen war, so liess K. es bei der Exstirpation des Tumors bewenden. Keine Drainage. Schluss der Bauchwunde. Die Operation dauerte eine Stunde.

Verlauf: Bis zum 15. October überstieg die Temperatur nur einmal und zwar am Tage der Operation 37,8°. Vom 15. October stieg die Temperatur, unter zunehmenden Schmerzen in die Tiefe des Beckens, bei absolut flachem Abdomen, allmählich bis gegen 40°, während sich gleichzeitig von dem hinteren Scheidengewölbe und dem Rectum aus, entsprechend dem Douglas'schem Raum eine Flüssigkeitsansammlung constatiren liess, welche auf der Höhe ihres Wachsthums angelangt den Uterus stark anteponirte.

Am 26. October breite Eröffnung des Douglas von der Scheide aus, Ablassen einer klaren, bernsteingelben, nicht riechenden Flüssigkeit in einer Menge von etwa 800 ccm.

Vom 29. October fiel die Temperatur definitiv zur Norm, die Empfindlichkeit in der Tiefe des Beckens verschwand allmählich. Den 31. October wurde die Tamponade entfernt. Den 27. November traten die Menses ein. Anfang December wurde Pat. gesund entlassen. Im Sommer des folgenden

Jahres stellte sich Pat. wieder vor; sie hatte an Körperfülle bedeutend zugenommen, klagte jedoch über zeitweilig bestehende Schmerzen im Unterleibe. Uterus normal gelagert. Beide breiten Ligamente und Tuben zart. Ovarien normal gross und unempfindlich. Ein halbes Jahr später konstatirte K. bei der Kranken eine Retroflexio und als einige Monate später zur Controlle des Pessars Pat. sich wieder vorstellte, sind die Beschwerden im Wesentlichen gehoben.

Die exstirpirte Masse stellt einen ovoiden, 11 Ctm. langen, und 7 Ctm. im Querdurchmesser haltenden, musculösen Sack dar von 3—7 Mm. Wandungsdicke, gefüllt mit einem Gerinnsel, theils dunkelrothen, theils entfärbten Blutes. Beim Zerlegen stösst man nirgends auf ein Foetus, oder makroskopisch als Eitheile zu erkennende Gebilde. Die Communication des Sackes mit der Tube liegt ganz nahe am Fransenende. Mikroskopisch ist der Fall nicht untersucht, deshalb die Diagnose nur mit an Gewissheit grenzender Wahrscheinlichkeit zu stellen. Die aus dem Douglas'schen Raume abgelassene Flüssigkeit enthielt nach der Untersuchung des Herrn Dr. Stadelmann viel Serumalbumin, reichlich Paraglobulin und auch Mucin, kein Pepton, kein Paralbumin; Prof. Kobert wies auch Harnstoff in nicht unerheblichen Mengen darin nach. Mikroskopisch reichlich Eiterzellen, welche viel Pigment enthalten.

Anat. Diagn.: Tubenschwangerschaft der rechten Tube. Im 2.—3. Monat abortiv verlaufen.

II. Petersb. med. Wochenschr. 1890 Nr. 43.

Anamnese: Frau B. S. aus Ostrow. Deutsche, 32 Jahre alt, hat 2 Mal geboren, vor 12 und 10 Jahren. Geburten und Wochenbetten normal. Im December 1888 und Januar 1889 blieben die Menses aus, so dass Pat. sich gravid glaubte. Im Februar kehrten sie wieder, um im März und April wieder auszubleiben. Im Mai bekam Pat., angeblich nach einem heftigen Schreck, Krämpfe im Unterleibe, welche 3 Tage lang anhielten und von einer sehr starken Blutung aus den Genitalien begleitet waren. Die Blutungen hielten fast 4 Wochen ohne Unterbrechung an; ein Abgang von häutigen Massen ist nicht bemerkt worden. Nachher stellte sich ein blutig-schleimiger Ausfluss ein.

Aerztliche Behandlung medicamentös, jedoch ohne Erfolg.

Status: Am 15. October 1889 fand K. den Uterus etwas vergrössert; rechts und hinten von ihm, aus dem Becken

nicht zu dislociren, ein rundlicher, elastischer Tumor von mehr als Hühnereigrösse.

Linkes Ovarium klein und an normaler Stelle.

Diagnose: Deciduoma uteri. Der Tumor rechts hinter dem Uterus konnte der Rest einer abortiv zu Grunde gegangenen Extrauteringravidität, oder, da Entzündung wegen Schmerz- und Fieberlosigkeit auszuschliessen war, ein Neoplasma sein. Deshalb am 17. October Evidement des Uterus, Herausbeförderung recht reichlicher Massen succulenter, hypertrophischer Schleimhaut. Bald darauf Entlassung.

Am 20. Febr. 1890 kehrte Pat. in die Klinik zurück mit der Klage über Schmerzen im Kreuz. Die Menses waren regelmässig.

Befund wie am 15. October 1889.

Therapie: Laparotomie am 27. Febr. Der Tumor erweist sich von fast Faustgrösse, ist sehr fest im Becken adhärent, scheint zum grösseren Theile in dem rechten Ligament eingebettet zu liegen, jedenfalls verläuft die Tube vor ihm. Energische Versuche, die Adhäsionen im Becken zu trennen, Entgegendrängen von der Vagina aus, haben schliesslich zur Folge, dass die dünne Wandung des Tumors reisst, und etwa 3—4 Esslöffel einer blass-röthlich-braunen, trüben, mit grauen Flocken vermischten Flüssigkeit in das Abdomen läuft. Darauf gelingt es, den jetzt schlaffen Sack in die Bauchwunde zu ziehen, ihn stumpf und mittelst Pacquelin aus seinen peritonealen Adhärenzen zu lösen, die Mesosalpinx zu unterbinden und den Tumor sammt Tube zu entfernen. Da die linken Adnexe gesund befunden werden, werden sie zurückgelassen.

Verlauf: Nicht ganz glatt, die Temperatur stieg 3 Mal auf 38,1° am 3., 13. und 15. Tage, einmal auf 38,4 am 22. und einmal auf 38,6 am 14. Tage nach der Operation.

Am 3. April fand K. den Uterus in Anteversion-Flexion, das rechte Ligament absolut zart und unempfindlich.

Ein acut aufgetretenes Eczem fesselte Patientin noch auf einige Wochen an die Klinik, am 25. April wurde sie gesund entlassen.

Anat. Diagn.: Die exstirpirten Massen bestehen aus der 7—8 Ctm. stark verdickten Tube, deren peripherer Theil, ebenso wie etwa die Hälfte des Fimbrienendes, breit mit der Substanz des Ovariums verlöthet ist.

Von dem Ovarium ist etwa so viel Substanz vorhanden, als einem normalen Ovarium entspricht. An dasselbe lehnen sich die Fetzen des, bei der Operation zerrissenen, Sackes

sammt den adhärenten peritonitischen Fäden und Strängen an. In dem Gewirr dieser Massen erkennt man das Segment einer von einer glatten Membran ausgekleideten Höhle, welche der Amnionhöhle zu entsprechen scheint. Peripher von dieser Höhle ist bereits mit unbewaffnetem Auge, sehr leicht natürlich mittelst des Mikroskopes, ein Filz von Chorionzotten erkennbar. Rechtsseitige Ovarialgravidität.

III. Krankenbogen der Frauenklinik zu Dorpat 1890 Nr. 219.

Anamnese: Frau M,, Estin, in die Klinik aufgenommen am 30. August 1890., 40 a. n., war als Mädchen etwas schwächlich, hat 4 Mal geboren, immer am rechten Ende der Schwangerschaft gesunde Kinder. Das erste Mal vor 13, das letzte Mal vor 7 Jahren. Die Wochenbetten verliefen normal, erheischten nie mehr als 10 Tage Bettruhe. Nach dem letzten Kinde ist bis auf die unten zu erwähnende Störung die Regel regelmässig wiedergekommen.

Vor etwa 9 Jahren, also vor Eintritt der letzten, ausgetragenen Schwangerschaft, blieben etwa 3 Menstruationen hinter einander aus. Patientin hielt sich für gravid, um so mehr als, wie sie sich mit Bestimmtheit zu entsinnen glaubt, Schwangerschaftssymptome in, ihr von früher her bekannten Formen, bestanden. Da auf einmal erfolg e eine Blutung, welche 6 Wochen lang anhielt, jedoch sei keine Frucht, nur ein häutiger brauner Lappen abgegangen.

Im Anfang des Jahres 89 blieb die Menstruation 2 Mal aus. Auch diesmal bestanden subjective Schwangerschaftssymtome; schliesslich gingen Blut und Hautstücke, aber wieder nichts von einer Frucht ab. Dann stellte sich in 3 wöchentlicher Pause eine 8 Tage lange Regel ein, welche in diesem Typus bis zum heutigen Tage besteht. Besonders seit Anfang 1889, dem letzten Ausbleiben der Menses klagt Pat. über permanente Kreuzschmerzen, welche jetzt eine fast unerträgliche Höhe erreicht haben.

Tastbefund: Der Uterus ist normal gelagert. Rechts und hinter ihm ein apfelgrosser, voluminöser, fester Körper im Becken adhärent; das deutlich als solches zu erkennende, wenig vergrösserte, linke Ovarium ebenfalls adhärent.

Therapie: Am 11. September 1890 Laparotomie. Nach einer Eröffnung der Bauchhöhle lassen sich 2 Körper, welche den Ovarien zu entsprechen scheinen, hinter dem Uterus, in der Tiefe des Beckens adhärent, tasten. Das linke

Ovarium, noch nicht ganz auf das Doppelte vergrössert, lässt sich aus den umfangreichen Adhärenzen leicht stumpf mit den Fingern lösen, in die Nähe der Bauchwunde bringen und, nach Unterbindung des Mesovariums, exstirpiren. Der als rechtes Ovarium gedeutete Körper war viel grösser, etwa von der Grösse eines Gänseeies, liess sich ebenfalls unschwer aus den ihn im Bereiche seiner ganzen Oberfläche einhüllenden Adhäsionen lösen und nach oben bringen. Abbinden. Abbrennen. Schluss der Bauchwunde.

Verlauf: Bis zum 20. September ohne jede Störung. Am 21. erkrankte Pat. plötzlich mit einer Temperatursteigerung auf 38,6° unter den Erscheinungen einer Lungenembolie. Etwas Hustenreiz, blutiges Sputum. Schon am 23. September übersteigt die Temperatur 37,3 nicht mehr: den 24. besteht kein Auswurf mehr, am 25. völlig normales Befinden. Entlassung am 15. October.

Anat. Diagn: Das linke Ovarium weisst ausser einigen zerrissenen, perioophoritischen Strängen eine Höhle von der Grösse eines Pfirsichkernes auf, welche zwar mit einer glatten Membran ausgekleidet ist, jedoch viele Unebenheiten aufweisst. Spaltet man diese Membran an der der Oberfläche des Ovariums abgekehrten Fläche und nimmt von dem unter dieser Membran gelagerten, lockeren Gewebe, so erweist das Mikroskop untrüglich noch auffallend deutliche Chorionzotten.

Die rechterseits exstirpirte Masse ist ein 8 Ctm. langer und an der grössten Cirkumferenz 3—4 Ctm. dicker Körper mit zu $^3/_4$ glatter, zu $^1/_4$ fetzig zerrissener Oberfläche. Der fetzig zerrissene Theil entspricht den Partieen, mit welchen dieser Körper im Douglas'schen Raume adhärent war. Ausserdem trägt die Oberfläche das stark geschrumpfte Fimbrienende der Tube. Dieses entspricht in seiner Lage dem einen Pole des ovoiden Körpers, dem anderen Pole entspricht ein central gelegener Durchschnitt der Tube, wie am Lumen leicht zu erkennen ist, sammt den begleitenten Gefässen. Ein Querdurchschnitt auf den Tumor ausgeführt, trifft in der Hauptsache eine leicht zu schneidende, blutig fleischige Masse und eine kleine, mit einer glatten Membran ausgekleidete Höhle. Die fleischige Masse gleicht schon makroskopisch einer stark comprimirt gewesenen, blutarmen Placenta. Jede Partie von hier entnommen und zerzupft, erweist sich unter dem Mikroskop als aus Chorionzotten bestehend.

Mit einer feinen Sonde gelangt man vom Fransenende in die Höhle, welche mit genannter fleischiger Masse ausgefüllt ist. Rechtsseitige Tubengravidität, im 3. Monat abortiv verlaufen. Wiederholte Extrauteringravidität.

IV. Krankenbogen der Dorpater Frauen-Klinik 1890 Nr. 215.

Anamnese: Frau Chr. L. aufgenommen den 28. August 1890, 36 a. n., hat von ihrem 14. Jahre an regelmässig menstruirt. Die Menses waren von 4wöchentlichem Typus und 3tägiger Dauer. Seit 5 Jahren ist sie verheirathet, hat 2 Mal geboren. Das 1. Mal vor 4 Jahren, das 2. Mal vor 2 Jahren. Die Geburten waren Schädellagen und ohne Kunsthülfe normal verlaufen, auch die Wochenbetten verliefen normal, und Pat. konnte am 8. Tage des Wochenbettes beide Mal aufstehen. Sie hat beide Kinder selbst gestillt, das erste 10, das zweite 9 Monate lang. Die Kinder leben und sind gesund. 9 Wochen nach Geburt des letzten Kindes sind die Regeln wieder aufgetreten in demselben Typus wie früher.

Seit 10 Wochen sind die Menses ausgeblieben und seit etwa 6 Wochen bestanden Schmerzen im Unterleibe, die bei Stuhlgang und Urinentleerung sich steigerten, auch Uebelkeit und Erbrechen traten auf, so dass Pat. nach erfolgloser innerer Medication sich vor einer Woche an Dr. Koblinski wandte, welcher eine Geschwulst neben dem Uterus constatirte, die Diagnose Extrauteringravidität stellte, und der Patientin rieth sich nach Dorpat in die Klinik zu begeben. Die consultirten Doktoren Apping und Eckardt bestätigten die Diagnose des ersteren und riethen ihr dasselbe. Seit 4 Wochen besteht eine mässige Blutung aus den Genitalien, seit 2 Wochen Fieber.

Status: Die Beschwerden sind wie früher, Unterleibsschmerzen, Schmerzen beim Uriniren und Stuhlgang. Dieselben sind nicht auf der einen Seite lokalisirt, sondern gleichmässig auf beiden Seiten, Uebelkeit besteht, und nach dem Essen stellt sich ein Gefühl von Druck im Unterleibe ein. Geringes Fieber. Herz und Lungen normal, im Urin kein Eiweiss.

Tastbefund: Vom Becken aus steigt ein empfindlicher Tumor in der Mittellinie bis 5 Ctm. über den Nabel auf. An der linken Seite und vor dem Tumor, mit demselben zusammenhängend ist der Uterus fühlbar. Die Scheide enthält etwas chokoladenbraunes, dickeitriges Sekret. Die Portio vaginalis ziemlich weich; äusserer Muttermund lacerirt, Cervix aufgelockert.

Vom Rectum aus fühlt man im Becken einen Tumor, der mit der untersten Kuppe in die Beckenenge hereinreicht, von elastischer Consistenz ist, mehr die rechte als die linke Hälfte des Beckens ausfüllt, nirgends an den Periost heran-

geht und absolut unbeweglich ist. Vom Rectum, wie von der Vagina fühlt man sehr deutlich das Pulsiren arterieller Gefässe, welche zwischen Uterus und Tumor liegen. Am 11. IX wurden im Scheidenausfluss Deciduazellen gefunden (grosse, meist polyedrische, oder langgestreckte Zellen mit sehr grossem Kern). Die Diagnose lautete Extrauteringravidität mit abgestorbenem Foetus.

Therapie: Zunächst Bettruhe. Die Temperatur sank auf die Norm. Der exrauterine Fruchtsack wuchs jedoch so, dass im Laufe der nächsten 2 Wochen die obere Grenze bei leerer Blase um 2—3 Ctm. nach aufwärts rückte. Laparotomie 14. September. Bauchschnitt beginnt 3 Querfinger unter dem Nabel und verläuft bis 2 Querfinger über der Symphyse. Nach Eröffnung des Peritoneums erweist sich der Fruchtsack mit dem Peritoneum parietale nicht verklebt, dagegen finden sich links oben und in noch grösserem Masse hinten vom Sacke recht feste Adhaesionen mit einigen Dünndarmschlingen. Die in der Bauchwand sich präsentirenden Dünndarmschlingen sind mit wenig umfänglichen rothen Blutcoagulis bedeckt. Die vordere Wand des Sackes ist durch das deutlich als solches erkennbare ligamentum latum gebildet. Die links adhaerenten Dünndarmschlingen sind einigermaassen leicht stumpf zu lösen. Die Trennungsversuche an der hinteren Wand des Fruchtsackes führen jedoch alsbald zur Eröffnung desselben. Blutgerinnsel und ein 12 Ctm. langer, 4 monatlicher, frischer Foetus dringen hervor. Trotzdem gelang hinten und in der Tiefe die Trennung des Fruchtsackes. Darauf wurde die Unterbindung der centralen Partie der Tube und des ligamentum latum in 5 Partien gemacht und der Tumor mit dem Pacquelin abgetrennt. Darauf Tamponade des Beckens mit Jodoformgaze und Schluss der Bauchwunde bis auf den unteren Winkel, wo die Gaze hervorragte. Dauer der Operation 40 Minuten.

Verlauf: Entfernung der Gaze im Laufe der einen Woche. Glatte Genesung. Entlassung am 9. October. Temperatur erreichte am Tage nach der Operation 38,0° und der Puls war 100 an diesem Tage, sonst immer normal.

Anat. Diagn.: Die exstirpirten Massen bestehen aus dem Foetus, 2 Stücken Placenta, einem grösseren, welches durch den Nabelstrang mit dem Foetus in Verbindung steht und einem kleinern von Taubeneigrösse; ausserdem einem fleischigen, gänseeigrossen Hohlkörper, gebildet von Tube, Peritoneum und Blutgerinnseln. Vom Eierstock ist nichts zu entdecken.

Der Fruchtsack stellte mithin den ampullären Theil der Tube dar, war stark intraligamentär entwickelt. Nach oben und hinten war er am dünnsten, ja absolut dünn, hier war wohl bereits Ruptur erfolgt, woher hätten sonst die Blutcoagula auf den freien Dünndarmschlingen stammen sollen. Aber die Ruptur war wenig umfänglich gewesen und war vermuthlich sofort wieder durch Auflöthung von Dünndarmschlingen verschlossen worden. Der Foetus ist absolut frisch, erst während der Operation, oder ganz kurze Zeit vorher abgestorben. Er misst 12 Ctm. Das Geschlecht ist an ihm noch nicht zu erkennen. Rechtsseitige Tubenschwangerschaft im 4. Monat.

V. Frauenklinik zu Dorpat. Krankenbogen 1891, Nr. 153.

Anamnese: Frau R. G., aufgenommen den 24. April 91, ist 30 J. alt. Die erste Regel hat Pat. im 13. Lebensjahre gehabt, die Menses waren 3-wöchentlich, 3—4-tägig. Pat. hat 2 Mal geboren, das erste Mal vor 8, das zweite Mal vor 6 Jahren. Die Geburten und Wochenbette waren normal. Im März 86 bekam Pat. Schmerzen im Unterleib und im Kreuz, zugleich sistirten die Menses 6 Wochen hindurch, darauf stellten sich Blutungen ein, die fast $^1/_2$ Jahr anhielten, dann aber aufhörten und den früheren, normalen Menses Platz machten. Im Mai 90 erkrankte Pat. wiederum mit Schmerzen im Unterleibe, besonders in der rechten Inguinalgegend, Kreuzschmerzen und Drängen nach unten. Die Menses sistirten 8 Wochen, worauf wehenartige Schmerzen auftraten, und sich 3 Tage blutige Flecken auf der Wäsche zeigten, während am 4. Tage unter Steigerung dieser wehenartigen Schmerzen eine starke Blutung aus den Genetalien erfolgte, die jedoch nach einigen Tagen stillstand und die Menses wieder regelmässig wurden.

Ende März 91 erkrankte Pat. wiederum unter ähnlichen Symptomen, wie im vorigen Jahre, nachdem die Regeln 10 Wochen lang ausgeblieben waren. Die Unterleibsschmerzen wurden noch bedeutender, zugleich stellten sich Stuhlverhärtungen und Drang zum Uriniren ein. Anfang April traten wehenartige Schmerzen auf und von Zeit zu Zeit gingen geringe Mengen Blut aus den Genetalien ab, Pat. erbrach 3 Mal. Am 7. und 8. April kam es zu einer geringen Temperatursteigerung bis 38,7° und die Beschwerden wurden schlimmer, liessen aber allmählich wieder nach.

Am 17. April wird unter wehenartigen Schmerzen ein

grösserer, fleischähnlicher Fetzen und am 21. April ein kleinerer, ebensolcher geboren.

Tastbefund: Von den Bauchdecken aus fühlt man über der Symphyse einen eigrossen Tumor, der auf seiner linken Partie von harter, auf der rechten von weicher Consistenz ist. Bei der combinirten Untersuchung fühlt man das hintere Scheidengewölbe durch einen weichen prall-elastischen Tumor vorgebuchtet. Dieser Tumor ist besonders nach rechts im kleinen Becken intraligamentär entwickelt, nach oben geht er in den oben erwähnten, harten Theil der Geschwulst über. Der Uterus liegt anteflektirt, nach links geschoben.

Diagnose: Abgelaufene Graviditas tubaria mit intraligamentärer Entwickelung. Die Probepunktion des im hinteren Scheidengewölbe sich vorbuchtenden Tumors liefert nur schwarzrothes Blut.

Therapie: 3. Mai Laparotomie. Der Bauchschnitt wird zwischen Symphyse und Nabel ca. 10 Ctm. lang ausgeführt. Nach Durchtrennung des Peritoneums präsentirt sich ein röthlicher Tumor vorne über der Symphyse von der Grösse eines kleinen Apfels. Nach oben ist das ganze Netz dem Tumor adhaerent (Abschluss gegen die Bauchhöhle), links lässt sich der Uterus und das Ligamentum rotundum fühlen, auf ersteren geht der Tumor über. Der Tumor ist elastisch, fluktuirend, er wird punktirt, jedoch liefert die Punktion nur Blut. Aus der Punktionsöffnung blutet es stark. Es wird mit dem Pacquelin ein grosses Loch in den Tumor gebrannt und es erweist sich, dass die Placenta vorne am Tumor bei der Punktion getroffen worden war, dieselbe wird schnell gelöst und entfernt (sie wog 65 Gr.). Der Tumor ist gefüllt mit altem geronnenen Blut und buchtet sich in den Douglas'schen Raum hinein. Es wird eine Kornzange in den Tumor eingeführt und die Wandung derselben, wie auch die hintere Vaginalwand durchstossen.

Ein Jodoformgazestreifen wird durch die Vagina im unteren Wundwinkel herausgeleitet. Die Tubenwand wird durch 3 Nähte links und rechts an der Bauchwunde fixirt. Je eine Naht schliesst die Tube nach oben und unten ab. Darauf wird der Tubensack lose mit Jodoformgaze die von oben eingeführt wird ausgestopft. Dauer der Operation 30 Minuten. Ueblicher Verband.

Verlauf: Glatte fieberlose Heilung und Entlassung am 6. Juni.

VI. Krankenbogen der Frauenklinik zu Dorpat 1890 Nr. 294.

Anamnese: Frau L. B., aufgenommeu am 4. November 1890, ist 29 Jahre alt. Die Menses traten im 16. Lebensjahr ein, waren von 3—4-wöchentlichem Typus und 8—9-tägiger Dauer, ziemlich profus. In ihrer Jugend hat sie die Bleichsucht gehabt. Vor 5 Jahren hat Patientin geheirathet und 3 Mal geboren, beide Geburten und Wochenbette waren normal. 6 Wochen nach der 2. Geburt, welche August 87 war traten die Menses wieder ein und waren von demselben Typus wie früher. Im Juni 80 blieb die Regel aus, Patientin fühlte sich schwanger und hatte Schmerzen. Am 31. Oct. traten plötzlich sehr starke Schmerzen auf mit Harnbeschwerden und Obstipation. Dieser Zustand dauerte 3 Monate. Die ersten Kindsbewegungen fühlte Pat. am 2. Novbr., dieselben waren sehr lebhaft, schmerzhaft und nur links fühlbar, während sie bei der ersten Geburt nur rechts zu fühlen gewesen waren. Gegen diese Schmerzen brauchte Pat. viel Morphium innerlich, bis dieselben zugleich mit den Kindsbewegungen aufhörten, jedoch traten letztere sehr lebhaft wieder ein, so dass Pat. sie als Krämpfe bezeichnet, selbst Morphium half nichts und erst Ende Januar hörten sie definitiv auf. Dann fühlte sich Patientin eine Zeit lang ganz wohl, bis Ende Februar wieder Schmerzen begannen und am 2. März eine sehr starke Blutung eintrat, mit Abgang von häutigen Massen. Mitte März Abfluss einer wässerigen Flüssigkeit (Fruchtwasser). Die schwachen Blutungen aus den Genetalien, die noch nach dem Abfluss von Fruchtwasser bestanden, sistirten völlig am 5. April. Mitte April konnte Pat. aufstehen und am 13. Mai trat wieder die Regel ein, welche 5 Tage dauerte. Darauf aber blieben die Regel wieder aus, so dass Pat. sich wieder gravid glaubte. Die ersten Kindsbewegungen fühlte sie am 4. October 90, dieselben waren jetzt rechts und nicht schmerzhaft, während sie noch immer über Schmerzen in der Nabelgegend und Verstopfung klagt, dagegen haben die Urinbeschwerden aufgehört.

Links neben dem, dem 6. Schwangerschaftsmonat entsprechend vergrössertem Uterus lag im Hypogastrium die extrauterine Frucht in I a Querlage. Da diese der Kranken keine nennenswerthen Beschwerden machte, so wurde die bestehende uterine Gravidität abgewartet und Pat. am 22. Febr. 1891 auf der Klinik mit der Zange von einem lebenden Kinde entbunden und nachdem sie ein normales Wochenbett durchgemacht hatte, in die Heimath entlassen. Im October kam

Pat. wieder mit der Mittheilung, dass im Septbr. und Oktbr. die Regel wieder ausgeblieben sei und sie befürchtete wieder schwanger zu sein.

Status: 20. October 91. Der Uterus ist normal gross, mehr rechts und etwas reclinirt. An der linken Darmbeinschaufel fühlt man den Kopf des Kindes und mehr nach rechts die Rippen. Bei der inneren Untersuchung lassen sich sehr deutlich im vorderen Scheidengewölbe die Unterschenkel abtasten, vor welchen die Harnblase in grosser Ausdehnung liegt, so dass eine Entfernung des Kindes per vaginam unmöglich erscheint.

Therapie: Am 29. October 1891 Operation behufs Entfernung der intra abdominal gelagerten Frucht. In der Absicht, eventuelle Fruchtsackreste mit zu entfernen, wird in der Linea alba eingeschnitten. Nach Durchtrennung des vorgelagerten und allenthalben adhärenten Netzes, sieht man, so weit es die Weite des Schnittes (derselbe reicht bis ein Handbreit über den Nabel) zulässt, die Frucht in der diagnosticirten I a Querlage. Ausser dem Netz ist der Foetus durch unzählige, z. Th. sehr vascularisirte Stränge und Membranen mit der übrigen Nachbarschaft, Bauchwandung, Därmen und Mesenterium verwachsen. Der plattgedrückte Kopf ist z. Th. umhüllt von einer mehr fleischigen Kappe, an welcher er relativ lose adhärent ist, welche aber mit dem Parietalperitoneum der linken Unterbauchgegend fester verwachsen ist.

Die zu einer Kugel zusammengedrückte Placenta adhärirt dem stark zusammengekrümmten Feetus in seiner Bauchcurvatur; an der gegenüberliegenden Seite ist sie noch in ihrem natürlichen Zusammenhange mit ihrer ursprünglichen Insertionsstelle. Dieselbe liegt im Becken und ist eine, mit dem linken Ligamentum latum zusammenhängende, dicke, fleischige Masse. Nach Versorgung und Abtrennung ist unschwer zu erkennen, dass diese Masse der Rest des geborstenen linken Uterushornes ist. Lig. rotundum und Lig. ovarii gehen von der peripheren Seite des Fruchtsackrestes ab. Das linke Ovarium ist normal gross, der Uterus dexter hat einen ziemlich breiten Fundus. Die Trennung der beiden Hörner mag etwa in der Höhe des inneren Muttermundes erfolgen.

Die Frucht ist stark comprimirt, der Schädel platt gedrückt. Die Deckknochen desselben untereinander geschoben. Die Extremitäten an den Rumpf gedrückt, die linke Handwurzel luxirt. Ueberzogen ist die Frucht nur von einer dünnen Haut, den Eihäuten, oder bloss dem Amnion, die aber nicht

unerheblich vascularisirt ist, und welche den umfänglichen peritonitischen Adhärenzen zur Insertion dient. An der maternen Seite der Placenta inserirt das amputirte, rudimentäre Uterushorn. Die fleischige Kappe, aus welcher der Kopf des Kindes herausgelöst wurde, ist vermuthlich der abgesprengte Rest des Fruchthalters.

Verlauf: Glatte Genesung.

VII. Frauen-Klin. zu Dorpat Krankenbogen 1891 Nr. 339.

Anamnese: Frau M. L. 31 Jahr alt, verheirathet, giebt an bis auf Typhus abdominalis, den sie als 18 jähriges Mädchen durchgemacht hat, stets gesund gewesen zu sein. Pat. menstruirt seit dem 14. Lebensjahre. Die Menses waren von 4 wöchentlichem Typus und 5 tägig, ziemlich profus und die ersten 2 Tage ihres Auftretens schmerzhaft. Seit 9 Jahren ist Pat. verheirathet und hat vor 8 Jahren Zwillinge geboren. Die Geburt wurde von einer Hebamme geleitet, verlief normal. Im Wochenbett erkrankte Pat. fieberhaft, stand aber doch am 8. Tage auf, der Zustand verschlimmerte sich aber sofort, so dass Pat. 2 Wochen bettlägerig war. Von der Hebamme wurde der Pat. gesagt, dass die Gebärmutter in Folge des frühen Aufstehens sich schief gelagert habe und deshalb Pat. krank geworden wäre. Ihre Kinder hat Pat. selbst 2 Wochen lang gestillt, darauf wurden sie künstlich mit Kuhmilch gestillt und starben nach 3 Monaten. Die Regel trat ein Monat nach der Geburt wieder ein, sie war von demselben Typus wie früher. Bis zum Aug. 91 fühlte sich Pat. völlig gesund, da blieb am 3. Aug. die erwartete Regel aus, die letzte Regel war am 3. Juli gewesen. Ende Aug. litt Pat. an sehr heftigen Schmerzen im Kreuz und Unterleib, so dass sie vom 25. Aug. an das Bett hüten musste, zugleich bestanden Uebelkeiten und Erbrechen. Medicinale Verordnung eines consultirten Arztes besserte die Schmerzen nur auf kurze Zeit, sie stellten sich bald wieder ein und zwar vorzugsweise auf der rechten Seite. Von einem Arzte wurde der Pat. gesagt, dass sie an eitriger Gebärmutterentzündung leide und ihr Scheidenausspühlungen mit Sublimat und Tanin verordnet, jedoch nahmen die Schmerzen bei diesen Ausspühlungen derartig zu, dass sie dieselben aussetzen musste. Bei ruhiger Bettlage schwanden die Schmerzen, um bei der nächsten Ausspülung wieder aufzutreten. So hat Pat. 6 grössere Schmerzattaquen durchgemacht. Pat. wandte sich darauf an einen anderen Arzt, dieser stellte die Diagnose, dass sie gravid sei

und zugleich eine Knickung der schwangeren Gebärmutter nach hinten bestehe und schickte die Pat. in die Dörptsche Frauen-Klinik. Kindsbewegungen hat Pat. nicht wahrgenommen. Im Aug. und Septbr. hatte Pat. ganz geringen Blutabgang aus den Genetalien. Die Reise aus Wesenberg (von wo Pat. stammt) nach Dorpat hat sie gut durchgemacht, fühlt keine heftigeren Schmerzen.

Status: Thastbefund: Aus dem Becken ragt ein Tumor bis 10 Ctm. über die Symphyse, dessen Consistenz ungleichmässig ist, rechts weicher als links. Die linksseitige, härtere Consistenz erweist sich bei sorgfältigem Tasten, als der wenig vergrösserte Uterus. Der Tumor, dessen Uebergang auf den Fundus Uteri immerhin kenntlich ist, reicht fast bis zur Beckenenge ins Becken hinab. Der grösste Durchmesser des Tumors von der Scheide bis zu den Bauchdecken gemessen beträgt 10 Ctm.

Diagnose: Graviditas tubaria dextra mit intraligamentärer Entwickelung.

Therapie: 12. Nov. Operation. Bauchschnitt in der linea alba 10 Ctm. lang zwischen Nabel und Symphyse wird nachher noch 3—4 Ctm. über den Nabel verlängert. Nach Eröffnung des Abdomens präsentirt sich der stark nach links verlagerte, bedeutend vergrösserte, dem 3. Graviditätsmonate entsprechende Uterus. Rechts vom Uterus liegt der extrauterine Fruchtsack, die ganze rechte Beckenhälfte einnehmend. Nach vorne geht von der rechten Uteruskante das ligamentum rotundum ab. Die Tube erweitert sich in den Fruchtsack. Zahlreiche Adhäsionen und Pseudomembranen umhüllen den Fruchtsack und geben ihm das Aussehen einer intraligamentären Entwickelung, es liegt jedoch blos eine pseudointraligamentäre Entwickelung vor, hervorgerufen durch die Adhäsionen der in den Douglas'schen Raum gesunkenen Tube mit der Umgebung. Bei der Betrachtung und Betastung dieser Verhältnisse giebt eine Stelle des Fruchtsackes, an der ein altes Blutgerinsel sass nach, und es entsteht eine bedrohliche Blutung. Sofort wird das ligamentum infundibulo-pelvicum mit starker Seidenligatur unterbunden und der ganze Fruchtsack an der Basis vom Beckenrande bis zum Ligmentum in 4 Partieen unterbunden. Der Foetus, dem 5. Monate entsprechend, wird entfernt, der Fruchtsack mit einem grossen Theil der Placenta abgetragen. Ein kleiner Theil der Placenta, und zwar die Nabelschnurinsertion bleibt zurück, da sie tief noch im Douglas'schen Raume sass. Keine Drainage. Schliessung

der Bauchwunde. 7 tiefe, 9 oberflächliche Nähte. Die Operation dauerte eine Stunde.

Verlauf: Nach der Operation treten heftige Schmerzen in der Bauchwunde und der rechten Seite auf, es besteht Hustenreiz, welcher dieselben noch steigert. Morphiuminjection. Bis zum 18. Nov. hat Pat. ausser über die mehr oder weniger intensiven Schmerzen im Unterleibe, über nichts zu klagen, auch besteht keine Temperaturerhöhlung, der Puls ist zwischen 100 und 110. Nur geringe Harnmengen werden entleert.

Am 18. Novbr. Morgens stellt sich eine schmerzhafte Schwellung in der linken Parotisgegend ein, welche am nächsten Tage an Schmerzhaftigkeit zunimmt, zugleich stellt sich eine Temperatursteigerung auf 38,3° ein und Hustenreiz vergrössert die Schmerzen. Dieser Zustand dauert bis zum 23. Novbr., dann lassen die Schmerzen in der regio parotidea nach, jedoch besteht die Schwellung und die Temperatur wird subfebril. Am 28. Nov. treten die Schmerzen in der regio parotidea wieder mit erneuter Heftigkeit hervor und die Temperatur beginnt zu steigen. Am 29. Nov. wird eine Incision in eine erweichte Stelle der Geschwulst in der regio parotidea gemacht, es entleert sich kein Eiter, sondern es werden mit der Hohlsonde geringe Mengen körnigen Eiters herausbefördert. Stuhlgangbeschwerden bestehen schon seit 5 Tagen. Am 2. December hat sich die Incisionswunde geschlossen, es bestehen, aber sehr starke Schmerzen während sie am 1. Decbr. gering waren. Die Grösse der Geschwulst und die Schmerzen nehmen nicht ab bis zum 4. Decbr., wo ein Durchbruch in den äussern Gehörgang stattfindet. Es wird deshalb unterhalb des Ohres eine Incision gemacht, reichlicher Eiter entleert und Carbolcompressen applicirt. Trotzdem bestehen die Schmerzen fort und Facialislähmung kommt dazu. Die Temperatur, die seit dem 30. Novbr. zwischen 38 und 39° schwankte, steigt auf 39,7°, der Puls der in dieser Zeit um 100 war, ist jetzt 135. Am 6. Decbr. hat die Geschwulst abgenommen und die Schmerzen sind geringer, es ist aber eine lobuläre Pneunomie eingetreten, Blut im Sputum und Schwäche. Am 7. und 8. ist das Befindeu besser, die Temperatur ist etwas gefallen, Puls 120. Pat. bekommt ein Bad, Wein und Expectorantien. In den nächsten Tagen verschlimmert sich wieder der Zustand, die Temperatur steigt wieder bis 39,0° Schwächegefühl, Schwerathmigkeit und mangelhafte Expectoration bestehen, Puls 140. Pat. erhält Expectorantien, Campher und Aether. Am 14. ein Bad. Am 15. December

treten heftige Schmerzen in der Blasengegend auf und es stellt sich eine Cystitis heraus, dieselbe wird behandelt. 16. und 17. Decbr. sind wieder leichtere Tage, Besserung der Expectoration und des Allgemeinbefindens, auch Sinken der Temperatur wieder unter 39,0°. Am 18. Decbr. hat sich der Zustand wieder verschlimmert, abwechselnd Aufregung und Collapse. Die ganze rechte Lungenhälfte hinten gedämpft, Bronchialathmen in ganzer Ausdehnung, links hinten Knisterrasseln. Temperatur wieder 39,2. Puls 136. Am 19. Decbr. Dyspnoe und am 20. Decbr. Exitus letalis unter den Erscheinungen von Lungenödem. Von einer Section ist nichts berichtet.

Nachdem das Material aus den letzten Jahren, wenn ich auch nicht sagen darf vollständig, so doch in reichem Maasse beisammen ist, kommt es darauf an dasselbe zusammen zu fassen, nach verschiedenen Richtungen hin zu betrachten und mit dem aus der Litteratur Bekannten zu vergleichen.

Meine Arbeit umfasst eine Sammlung von 610 Fällen ektopischer Graviditaet, über welche in der Litteratur der Jahre 1888—92 sich Angaben finden; diese Zahl sagt schon, dass die ektopische Graviditaet nicht als ein so seltenes Vorkommniss su bezeichnen ist, wie man es früher meinte, obgleich sie immerhin glücklicher Weise zu den Seltenheiten gehört. Es beweisen letzteres folgende, in Winkels Geburtshülfe 1889 pag. 271 angeführten Berechnungen.

Löw	rechnet auf	500000	intraut. Geb.	1 Fall	ektop. Gravid.
Bandl	„	„ 60000	„	„ 3 Fälle	„ „
Winckel erlebte selbst auf		20000	„	„ 13 „	„ „
Arneth	rechnet auf	3542	„	„ 1 Fall	„ „

Es scheint mir, da ja die pathologische Anatomie in der Medicin überhaupt die Grundlage bildet, auch bei meiner Arbeit indicirt mit derselben zu beginnen, jedoch werde ich mich nur auf eine kurze Besprechung derselben beschränken, da die mikroskopischen Verhältnisse, die ja in der Anatomie der ektopischen Graviditaet hauptsächlich in Betracht kommen meiner Arbeit zu fern liegen, und ich aus ihr keinerlei Schlüsse diese Verhältnisse betreffend ziehen kann.

Es sind 4 verschiedene Möglichkeiten für die Implantation und Entwickelung des Eies am unrechten Ort angenommen worden, dieselbe soll in der Tube, im Ovarium, im freien Abdomen, d. h. am Peritoneum und in einem rudimentaeren Uterushorn zu Stande kommen können, je nachdem nennt man sie Tuben-, Ovarial-, Ab-

dominalschwangerschaft und Schwangerschaft im rudimentaeren Uterushorn. Es bildet sich, ebenso wie bei der Graviditas uterina im Uterus, so bei diesen Formen am betreffenden Ort der Implantation eine Decidua aus, die sich aber wesentlich von der Decidua graviditatis uterinae unterscheidet, da sie keine Drüsen besitzt; eine Ausnahme bildet nur die Decidua im Uterus bicornis, deren Beschaffenheit der normalen uterinen gleichkommt. An einer Haftstelle des Eies entwickelt sich dann aus der Decidua im Verein mit dem Chorion laeve die Placenta, welche jedoch viel primitiver ist, als die Placenta uterina und nur aus einem dicken Filz von Chorionzotten, welche in der Decidua inseriren besteht. Ferner entsteht auch bei der ektopischen Graviditaet, wenigstens nach Angabe vieler Beobachter, eine Hypertrophie der betreffenden Fruchtsackwand, falls Muskelzellen sich in derselben befinden.

Um ein Bild für die verhältnissmässige Häufigkeit des Vorkommens der einzelnen Arten zu geben, führe ich gleich die von mir gefundenen Zahlen an. Es werden unter den 610 von mir gesammelten Fällen 339 als Tuben-, 33 als Abdominal-, 19 als Ovarialschwangerschaft und 14 als Schwangerschaft im Uterus bicornis angegeben, in 125 Fällen finden wir keine näheren Angaben über die Form der ektopischen Graviditaet, das sind Fälle, die ohne Laparotomie einen günstigen Verlauf nahmen. Berechnet man die angegebenen Zahlen auf Procentverhältnisse, so haben wir 83,5 % Tuben-, 8,2 % Abdominal-, 4,6 % Ovarialschwangerschaft und 3,6 % Schwangerschaft im Uterus bicornis. Aus diesen Zahlen geht erstens hervor, dass die Tubenschwangerschaft, wie auch jetzt allgemein anerkannt, bei weitem die häufigste Form der ektopischen Graviditaet ist, und dieses Factum bedarf weiter keiner Erläuterung, auch an der Procentangabe für Ovarialgravidität ist nichts bemerkenswerthes, wenn auch Zmigrodski 5,3 % in seiner Statistik ausrechnet, da bei genauer Untersuchung immer wieder

Fälle, die als Ovarialgravidität zuerst imponirten sich als Tubenschwangerschaft erweisen und derartige Irrthümer sind eben früher öfter vorgekommen als jetzt.

Interessanter ist mein Resultat für Abdominalgravidität. Der Procentsatz ist ein sehr geringer im Vergleich zu Zmigrodski, der über 35 % Abdominalgravidität findet; der Grund für diesen Unterschied wird auch hier derselbe sein wie der bei der Ovarialgravidität angeführte, nur dass eben viel mehr fälschlicher Weise als Abdominal-, wie als Ovarialgraviditaet aufgefasste Fälle vorgekommen sind. Ueber die Häufigkeit der Graviditaet im rudimentaeren Uterushorn habe ich keine Angaben in der Litteratur gefunden.

Bei der Tubenschwangerschaft unterscheidet man, je nach dem Theil der Tube, in welchem sich das Ei festgesetzt hat zwei Formen. Befindet sich das Schwangerschaftsproduct dicht an der Mündung der Tube in den Uterus, so bezeichnet man das als Graviditas interstitialis, trifft man jedoch dasselbe im weiteren Verlaufe der Tube an, so nennt man diese Form graviditas tubaria propria. Blos 14 Fälle lassen sich aus meiner Arbeit als Beispiele für das Vorkommen der ersteren Form auffinden, von denen noch mehrere als per uterum geboren angegeben werden, also unsicher sind. Wenn auch bei mancher Tubenschwangerschaft die Angabe, dass sie interstitiell war fehlen mag, so glaube ich doch auf diese Zahl hin dieselbe als eine sehr seltene Form bezeichnen zu dürfen. Hennig unterscheidet noch mehr Formen von Tubenschwangerschaft, nämlich die Graviditas intramuralis, eine Schwangerschaft, bei der ein Theil des Eies in der Tube sitzt, der andere aber in die anstossende Muskulatur des Uterus eindringt und die Graviditas tubouterina, bei der ein Theil des Eies in der Tube, der andere sich im Uterus befindet.. Die letzte Form bildet also gewissermaassen den Uebergang zur normalen Schwangerschaft, analog den später zu erwähnenden Uebergängen zur Ovarial- und Abdominalgraviditaet.

Das Ei kann sich in der Tube nach zwei Richtungen hin entwickeln, entweder das Wachsthum findet zwischen die Platten des ligam. latum hin statt, oder in die freie Peritonealhöhle, im ersteren Fall haben wir eine intraligamentaere, im zweiten eine gestielte Tubenschwangerschaft. Da sich 29 Fälle von intraligamentaerer Entwickelung in meiner Arbeit auffinden lassen, so ergiebt sich für dieselbe 8,0 %.

Dass eine Ovarialgraviditaet wenn auch selten vorkommt, wird jetzt von allen Gynaekologen behauptet, und die Ansichten von Kiwisch, der sie für nicht erwiesen hielt und Mayer, der sie ganz leugnete, können als verworfene bezeichnet werden. Als Beweis für das Vorkommen dieser Form von Graviditaet dienen auch zwei sehr hübsche und genau untersuchte Praeparate von Ovarialgraviditaet, welche sich hier in Dorpat befinden, das eine im pathologischen Institut, das andere in der Frauenklinik, ersteres ist von Walter, letzteres von Küstner und Fick beschrieben worden. Die Ovarialschwangerschaft entsteht nach Schröder dadurch, dass das Ei nach Bersten des Graaf'schen Follikels aus irgend welchen Gründen im Ovarium zurückgehalten und hier befruchtet wird. Interessant ist, dass eine Zwischenform zwischen dieser und der Tubenschwangerschaft vorkommt, Tuboovarialschwangerschaft genannt. Dieselbe entsteht dann, wenn das abdominale Ende der Tube mit dem Ovarium, sei es in Folge von Krankheiten, sei es in Folge von Entwickelungsstörungen verwachsen ist, und im Uebrigen die Bedingungen zur Entstehung einer Extrauteringravidität vorliegen, jedoch ist es eine sehr seltene Form, ich habe blos 3 derartige Fälle in der neuesten Litteratur gefunden (247, 419, 433) von denen noch die beiden letzteren von den betreffenden Autoren als unsicher bezeichnet werden, indem sie möglicher Weise auch tubo-abdominale Formen sind. Die Fruchtsackwand wird hier theils von der Tube, theils vom Ovarium gebildet.

Das Vorkommen einer primaeren Abdominalgravi-

ditaet, welches früher ganz sicher angenommen wurde, wird jetzt vielfach bezweifelt, ja ganz geleugnet. Viele Gynaekologen sind der Ansicht, dass diese Frage noch der Antwort harrt, dass weder Beweis noch Gegenbeweis geliefert worden ist, so stehen Olshausen [1]), Veit [2]), Fritsch [3]). Sie geben die Möglichkeit einer Implantation am Peritoneum zu, weisen aber die Behauptung, dass eine Abdominalgraviditaet nachweislich vorkomme, zurück. Ebenfalls skeptisch verhalten sich Frank, Küstner [4]), und Werth [5]). Die meisten oben angeführten Fälle von Abdominalschwangerschaft stammen von französischen, amerikanischen und russischen Autoren, von letzteren sprechen sich auch einige direct dahin aus, dass die primaere Bauchschwangerschaft erwiesen sei, so Solowjew und Rein.

Beim Durchsehen der Fälle, die in meiner Arbeit für Abdominalgraviditaet gelten, müssen 25 derselben wegen ungenügender Angaben, oder als unsicher fallen gelassen werden, und es bleiben nur 9 nach, bei denen Tuben und Ovarien normal befunden worden, oder die Placenta am Uterus inserirte. (27, 74, 75, 118, 120, 245, 292, 440, 448). Diese Fälle imponiren allerdings auf den ersten Blick als beweiskräftig, lassen aber doch den Einwand erheben, den Frank macht, dass es sich um frühzeitig geborstene Tubengraviditaeten handele, bei denen die Rupturstelle nachher so verheilte, dass die Tube einen normalen Eindruck mache, auch der von Werth beobachtete frühzeitige Austritt des Eies durch das abdominale Tubenostium kann hier in Betracht kommen. Der Beweis für oder gegen die Möglichkeit einer abdominalen Eiimplantation wird nach Werth [6]) schwerlich geliefert werden durch Eröterungen über die vorhan-

1) 2) Schröder's Lehrb. d. Geburtshülfe 11. Auflage.
3) Bericht über d. gynaek. Oper. d. Jahrg. 91/92 p. 135.
4) Müller's Handb. d. Geburtsh. Bd. II.
5) Beiträge zur Anat. und operativen Behandlg. d. Extrauterinschw. pag. 46.
6) L. c. pag. 47.

dene, oder fehlende örtliche Disposition für eine solche Bildung, sondern nur durch fehlerlos anatomisch untersuchte Fälle von Abdominalgraviditaet. Damit schneidet er aber allerdings die Möglichkeit eines Beweises gegen das Vorkommen einer Bauchschwangerschaft ab. Auch zwischen dieser Form der ektopischen Graviditaet und der Tubenschwangerschaft findet man Zwischenformen, die sogen. Tuboabdominalgraviditaet. Bei dieser liegt die Haftfläche des Eies nur zum Theil an der Tubenwand, zum Theil liegt sie ausserhalb der Tube an dem Peritoneum, oder an Pseudomembranen, die sich hier gebildet haben. In meiner Arbeit sind nur 13 Fälle als Tuboabdominalschwangerschaft angeführt, also nur eine sehr kleine Anzahl. Ob sie sicher vorkommt, darüber sind bis jetzt die Akten noch nicht geschlossen.

Zum Schluss will ich noch die Ergebnisse meiner Statistik, die Seite der Graviditaet betreffend, angeben. 124 Mal traf ich das Schwangerschaftsproduct auf der rechten, 123 Mal auf der linken Seite an. Hecker meint, dass der Sitz des Eies häufiger links sei, er findet unter 64 Fällen 37 Mal den Sitz links und 27 Mal nur rechts, ihm schliesst sich Campell an, der unter 75 Fällen 41 linke und 34 rechte Extrauteringraviditaeten angiebt, zum entgegengesetzten Resultat kommt Martin, der unter 55 Fällen 34 Mal das Ei auf der rechten und nur 22 Mal auf der linken Seite implantirt findet. Ich möchte in dieser Frage wohl behaupten, dass meine Zahlen die meiste Wahrscheinlichkeit für sich in Anspruch nehmen können, da sie erstens aus der grössten Sammlung von Fällen hervorgegangen sind und da zweitens es nicht recht zu verstehen ist, warum die Extrauteringraviditaet häufiger links als rechts sein sollte. Hecker begründet allerdings seine Ansicht damit, dass auf der linken Seite häufiger entzündliche Processe vorkommen sollen, aber auch dafür ist ein Grund nicht einzusehen und falls es nur durch Statistik begründet ist, so wäre eben eine Controlle seiner Statistik durch neue zum Beweise erforderlich.

Aetiologie.

Die Meinungen, die über die Ursachen der Extrauteringraviditaet existiren, kann man in folgender Weise zusammenfassen: Das befruchtete Ei wird bei der Wanderung durch die Tube zum Uterus aus irgend welchen Gründen aufgehalten, oder es gelangt überhaupt nicht in die Tube, es handelt sich also um Störungen in der Eileitung und zwar können dieselben zweierlei Natur sein, entweder kann die das Ei zum Uterus bewegende Kraft vernichtet worden sein, oder zweitens können mechanische Hindernisse vorliegen, an welchen entweder das Ei, oder die Tube die Schuld trägt. Diese Theorien können aber alle nur mehr oder weniger Wahrscheinlichkeit beanspruchen und es ist nicht zu erwarten, dass man die Aetiologie der Extrauterinschwangerschaft wird übersehen können, so lange man die physiologischen Befruchtungsverhältnisse örtlich und zeitlich noch nicht genau kennt.

Was den ersten Punkt, also die zum Uterus flimmernde Bewegung des Tubenepithels, oder die peristaltischen Bewegungen der Tubenmusculatur betrifft, d. h. wie weit man dieses Moment zur Verantwortung ziehen kann, darüber sind die Ansichten recht auseinandergehend, dass jedoch dasselbe eine Rolle spielen kann, geben wohl alle zu. Beachtung verdienen hier die Angaben von Freund[1]) und Fritsch[2]), dass das Ei an einer ledirten Tubenschleimheit sich nicht implantiren könne, damit wird wieder der aetiologischen Erklärung der Tubenschwangerschaft eine Schwierigkeit in den Weg gelegt, während sie für Ovarial- und Abdominalgraviditaet fortfällt, da hier in Folge der mangelhaften Flimmerbewegung in der Tubenampulle überhaupt eine Eiaufnahme in dieselbe nicht zu Stande kommen könnte. Diese Entstehungserklärung könnte ja ganz fortgelassen werden, da alle die Processe, welche eine Zerstörung des Flimmer-

1) Deutsche med. Wochschr. 1890 pag. 495.
2) Bericht der gynaek. Oper. d. Jahrganges 91/92 pag. 128.

epithels zu Stande bringen, secundaer auch zu Verengerungen der Tube führen können, aber man findet eben doch in so vielen Fällen von Tubenschwangerschaft keine Strikturen nach bestandener Salpingitis, oder überhaupt keine Angaben, die sich für die Aetiologie verwerthen liessen, obgleich die mechanischen Hindernisse, sogar die, welche das Ei betreffen, einem nicht so leicht entgehen, dass die Zuflucht zu dieser Hypothese genommen werden muss. In meiner Sammlung finden sich folgende hierher gehörige Angaben: 5 Mal hatten die Patientinnen an Gonnorhoe, 1 Mal an Tubenkatarrh, 1 Mal an Tubentuberculose und 3 Mal an Fluor albus gelitten. In den letzten 3 Fällen hat wahrscheinlich eine Endometritis bestanden, welche ja häufig auf die Tuben überzugehen pflegt. Ausserdem finde ich 25 Mal bemerkt, dass die Menstruation früher keine normale, sondern mit Schmerzen verbunden, oder unregelmässig gewesen sei, also ein Katarrh der Unterusschleimhaut, oder der Adnexe bestanden haben wird. Es sind sehr kleine Zahlen und es lässt sich auf dieselben hin nicht viel mehr zu dem oben Gesagten hinzufügen.

Viel zugänglicher ist uns das zweite Gebiet, die mechanischen Hindernisse, welche vom Ei, oder der Tube gebildet werden können. Nur in den seltensten Fällen ist das Ei der schuldige Theil. Es handelt sich dann entweder und das am öftesten um eine äussere Ueberwanderung des befruchteten Eies, welches unterwegs zu gross wird, um die andere Tube passiren zu können, oder um Zwillingseier, die sich gegenseitig im Vorwärtsdringen hindern und schliesslich stecken bleiben. Ich finde 11 Mal eine äussere Ueberwanderung unter meinen Fällen angegeben (68, 80, 102, 263, 462, 470 (2 Mal), 479 (4 Mal), also da 93 Mal im Ganzen aetiologische Anhaltspunkte vorliegen in 11,8 %. Dass sie auch in der Aetiologie der Abdominalgravidität eine Rolle spielen würde, ergiebt sich von selbst, als Hauptursache aber muss sie angenommen werden bei der Schwangerschaft

im rudimentären Uterushorn, da hier sonst nur noch eine äussere Ueberwanderung der Spermatozoen denkbar ist, falls nicht ein offener Zusammenhang des rudimentären Hornes mit der Cervix uteri besteht. Ist letzteres der Fall, so können die Spermatozoen direkt von den äusseren Geschlechtswegen eindringen und es kommt nachher blos deshalb nicht zur spontanen Geburt, weil die Communication des Hornes mit der Cervix eine zu enge ist.

Ich möchte an dieser Stelle, obgleich es eigentlich nicht hierher gehört, erwähnen, dass auch innere Ueberwanderung des befruchteten Eies als Entstehungsursache der Extrauteringravidität angenommen worden ist, in meiner Sammlung findet sich ein derartiger Fall nämlich der von Pestalozza (446); das Abdominalostium der Tube war hier verschlossen und zwar war der Verschluss nach der Meinung des Verfassers alt, und im gleichseitigen Ovarium liess sich kein corpus luteum nachweisen. Der Fall von Schulze [1]) mit dieser Aetiologie ist allgemein bekannt. Bedeutend seltener nur kann als Ursache eine Zwillingsextrauteringravidität in Frage kommen, ich habe blos 3 solche Fälle in meiner Arbeit von Ott (449) von Cohn (78) und von Robinson (42) beobachtet, bei letzterem fand jedoch die Geburt per vias naturales statt, was einen mistrauisch zu machen geeignet ist. Kleinwächter [2]) führt 4 Eälle von Zwillingsextrauteringravidität an.

Noch verständlicher und überzeugender liegen die Verhältnisse, wenn die mechanische Behinderung in der Gestalt der Tube besteht. Die Gestalt der Tube, wie sie vor der Gravidität gewesen sein mag, lässt sich allerdings meist nicht mehr feststellen, da Ruptur des Fruchtsackes, und während der Gravidität neugebildete Adhäsionen, sowie auch das Bestehen der Extrauteringravidität selbst, das Bild zu sehr zu verändern pflegen, trotz-

1) Hassfurther. Von der Ueberwanderung des menschl. Eies. Diss. inaug. Jena 1868 pag. 55.
2) Extrauterinschw. in Eulenbergs Encyklopädie.

dem ist man auf Grund der sich häufig bei Gelegenheit der Laparotomie und Section darbietenden alten Adhäsionen und der in der Anamnese angegebenen Erkrankungen und Beschwerden der Patientinnen berechtigt anzunehmen, dass diese perimetritischen Entzündungsprodukte durch ihren Zug die verschiedensten Krümmungen und Verengerungen der Tube und damit ein mechanisches Hinderniss für den Durchtritt des Eies hervorgebracht haben. 65 Mal unter den 93 Fällen in denen aetiologische Anhaltspunkte vorliegen, können derartige Adhäsionen und peritonitische Stränge als Ursache angenommen werden, also in 70,0%, sei es nun, dass die betreffenden Patientinnen an Unterleibsentzündung, Perimetritis, Puerperalfieber, Retroflexio uteri fixata, Perioophoritis, oder Oophoritis gelitten hatten. Hierher gehören auch die Küstnerschen Fälle I und VII in denen eine Unterleibserkrankung im Puerperium nach der Anamnese vorgelegen hatte, Adhäsionen fanden sich bei der Laparotomie in allen seinen Fällen, aber diese sind, wenn sich nicht sicher konstatiren lässt, dass sie alt sind, ätiologisch bedeutungslos. Ich glaube, dass die meisten Gynäkologen der Ansicht sein werden, die Fritsch[1]) ausspricht: „Pelveoperitonitis ist das wichtigste ätiologische Moment für Extrauteringravidität.“ Küstner ist auch dieser Ansicht, hebt jedoch hervor, dass die Erkrankungen, welche die peritonitischen Stränge hervorgerufen haben, häufiger durch Affektion der Tubenschleimhaut von ätiologischer Bedeutung sind und verlegt damit auch dieses ganze Gebiet der Aetiologie unter den von mir zuerst besprochenen Gesichtspunkt, ein Verfahren, gegen das ich nichts einzuwenden habe, falls nach Ueberstehung derartiger Krankheiten keine, oder zum Zustandekommen einer Tubenschwangerschaft ungenügende Adhäsionen vorhanden sind.

Viel seltener kommen andere mechanische Hinder-

1) L. c. p. 129.

nisse in Betracht, so kleine Neubildungen an der Tubenmündung, oder in der Tubenwand. Nur 1 derartiger Fall findet sich in meiner Arbeit (461), in welchem es sich um ein Fibromyom in der Tubenwand handelte, aber Küstner führt im Handbuch der Geburtshülfe von Müller Bd. II, p. 520 eine ganze Reihe solcher Fälle an. Besonders sind es Schleimpolypen, die hier in Betracht kommen und für deren Vorkommen Küstner[1]) und Leopold[2]) sich aussprechen, während Freund[3]) und Frommel[4]) sie nur für hypertrophische Schleimhautfalten halten und Ahlfeld[5]) sogar dieselben als Schwangerschaftsprodukte ansieht und ihnen damit jegliche ätiologische Bedeutung abspricht.

Ferner finden sich unter meinen Fällen 3 Mal Divertickelbildungen in der Tubenwand, der erste Fall ist von Landau und Rheinstein (460), der zweite von Schrenck (170) und der dritte von Küstner (I) beobachtet. Freund[6]) meint, dass diese Divertickelbildungen auf eine mangelhafte Entwickelung der Tube zurückzuführen seien und behauptet, dass häufig dabei auch allgemeine mangelhafte Körperentwickelung vorliegt, in den von mir angeführten Fällen finde ich keine derärtigen Angaben. Die Ansicht von Zinke[7]), dass Schläge auf den Unterleib kurz nach dem Coitus, oder Schreck zur Zeit der Befruchtung, für welch letzteres Moment auch Henderson[8]) und Freund[9]) Beispiele anführen von ätiologischer Bedeutung sein sollen, halte ich für Hypothesen die nicht bewiesen werden können.

1) L. c. p. 520.
2) Arch. f. Gynäk. Bd. 10, p. 248 und Bd. 13, p. 355.
3) D. med. Wochenschr. 1890 p. 49.
4) Deutsche med. Wochenschr. 1890, p. 495.
5) Centrbl. f. Gynäk. 1879, Nr. 2 und 4.
6) Von Volkmann, Sammlung klin. Vortläge Nr. 323. Ueber die Indikationen zur operativen Behandlung der erkrankten Tuben.
7) Amer. journ. of obst. 1890 Febr. p. 128.
8) Amer. journ. of obst. 1879, p. 386.
9) Edinburg med. journ. Sept.—Dec. 1883.

Interessant und mit der Aetiologie übereinstimmend sind folgende, bereits in der Litteratur bekannte [1]) und auch von mir wieder gefundene Facta: Unter 323 Fällen haben wir 275 Mehrgebährende, blos 48 Erstgebährende, was mit der Annahme, dass perimetritische Adhäsionen die Hauptrolle in der Aetiologie spielen, vollkommen stimmt, da dieselben ja meist im Puerperium entstehen. Hanks giebt auffallender Weise an, dass die grössere Hälfte seiner 42 Patientinnen noch nie concipirt hatte. Ferner sind unter 178 Frauen blos 70, bei denen die letzte Geburt vor weniger als 3 Jahren, dagegen 44 bei denen dieselbe vor 4—6 Jahren und 64, bei denen sie vor mehr als 6 Jahren stattfand, besonders illustrativ sind in dieser Beziehung die Küstnerschen 7 Fälle von denen 4 Mal die letzte Geburt vor 6, oder mehr Jahren gewesen war, und unter den Erstgebährenden sind 8 Fälle, in denen die Frauen lange steril verheirathet waren. Das sind Thatsachen, die dafür sprechen, dass es sich um Verhältnisse handelt, die für eine Conception sehr ungeeignet sind und sich erst im Laufe der Jahre gebessert haben, d. h. die bestehenden Adhäsionen und Stränge gelockert worden sind, so dass wohl die Spermatozoen, nicht aber das befruchtete Ei die Tube passiren konnte. Zum Schluss seien noch ein paar Worte zu der Frage bemerkt, ob eine Wiederholung der Extrauteringravidität häufig vorzukommen pflegt, 9 (173, 244, 279, 390, 447, 411, 459, 486, III) solche Fälle sind in meiner Arbeit verzeichnet und zwar sind 3 von ihnen absolut sicher, da bei denselben (173, 279, 411) beide Male die Laparotomie gemacht wurde. Der Küstnersche Fall III ist darin einzig in seiner Art, als bei demselben das erste Mal Ovarialgravidität, das zweite Mal Tubengravidität vorlag. Vom Fall I höre ich jetzt aus zuverlässiger Quelle, dass die Frau wieder extra-

---

1) Hecker: Verhandlungen der Berl. geburtshülfl. Gssellsch. Bd. 9.

uterin gravid sein soll. Ob die Extrauteringravidität eine besondere Neigung hat wiederzukehren, lässt sich zur Zeit noch nicht sicher beantworten, da nur noch verhältnissmässig wenige Fälle vorliegen. A priori aber liesse sich so eine Disposition zu recidiviren leicht erklären in der Weise, wie es Küstner [1]) thut, indem entweder dieselben Momente welche die erste Extrauteringravidität hervorbrachten, auch die zweite bewirken, oder indem bei der ersten Extrauteringravidität die Momente zur Bildung der zweiten entstehn.

Diagnose.

Die Diagnose der ektopischen Graviditaet ist nach der Meinung einiger Zajaitsky, Jaggard leicht zu stellen, während man nach anderen Autoren Martin, Smolsky in den ersten Monaten überhaupt nur auf eine Wahrscheinlichkeitsdiagnose angewiesen ist. Unter den von mir gesammelten 610 Fällen wurde die Diagnose 221 Mal richtig, 55 falsch und 27 Mal unsicher gestellt, ein Verhältniss, das nicht sehr dafür spricht, dass dieselbe leicht zu stellen sei. Es muss aber, wie oben angedeutet, in Bezug auf die Diagnose unterschieden werden zwischen der ersten und zweiten Hälfte der ektopischen Graviditaet und in Schröder's Lehrbuch sind die Schwierigkeiten der Diagnose in beiden Stadien sehr hübsch hervorgehoben, indem es heisst: In der ersten Hälfte der ektopischen Gravidität ist die Schwangerschaft schwer festzustellen, in der zweiten dagegen, dass der Foetus ausserhalb des Uterus liegt. Im Allgemeinen gilt die Diagnose in den ersten Monaten für schwieriger, und ich kann mich dieser Ansicht auf Grund meiner Statistik anschliessen. In den Fällen, wo die Diagnose nicht richtig gestellt war, handelte es sich 18 Mal um eine Schwangerschaft in der ersten, 11 Mal um eine in der zweiten Hälfte.

1) Petersb. med. Wochenschr. 90, Nr. 44.

Als Symptome für die ektopische Gravidität in der ersten Hälfte derselben werden angeführt, die allgemeinen Schwangerschaftszeichen, die glatte Geschwulst von ungleicher Consistenz neben einen vergrösserten, leeren und zur Seite verdrängten Uterus, das Wachsthum der Geschwulst, die unregelmässigen Blutungen und die Ausstossung einer Decidua. Von den Schwangerschaftszeichen ist das wichtigste das Ausbleiben der Menstruation. Nur 9 Mal (23, 243, 388, 442, 340, 450, 398, 466 (2 Mal)) findet sich bei meinen gesammelten Fällen verzeichnet, dass die Menstruation während der Gravidität nicht ausgeblieben sei, sondern regelmässig fortbestanden habe, während ja unregelmässige Blutungen in sehr vielen Fällen vorliegen, aber doch nur selten eine regelmässige Menstruation vorzutäuschen im Stande sind, es dürfte demnach eine regelmässig fortbestehende Menstruation immer sehr gegen Gravidität sprechen. Martin fand allerdings unter 7 Fällen 2 Mal regelmässiges Fortdauern der Menstruation, es sind aber hier eben die Zahlen zu klein, um einen Schluss ziehen zu dürfen. Ferner wird die Anschwellung der Brüste und die Abscheidung von Colostrum recht häufig angeführt, vor allem aber ist es interessant, dass die äussern Genetalien und besonders der Uterus die gewöhnlichen Schwangerschaftszeichen aufweisen. Eine Vergrösserung des Uterus ist in den allermeisten Fällen vorhanden und kann eine recht bedeutende sein, so z. B. in den Fällen 74 und 252, im ersteren war der Uterus 16—19 cm., im letzteren seine Höhle 15 cm. lang. Angaben über die Grösse des Uterus fand ich im Ganzen in 171 Fällen und zwar war er 143 Mal vergrössert, 28 Mal also in 16 % nicht vergrössert. Hecker fand unter 40 Fällen 2 Mal angegeben, dass keine Vergrösserung des Uterus vorlag. Die Messung des Uterus kann bimanell geschehen, oder mit der Sonde. Das erstere Verfahren ist jedenfalls das ungefährlichere und bei einiger Uebung auch vollständig genügende. Vor der Sonde dagegen, welche auch zum Nachweis eines

leeren Uterus von manchen Gynäkologen empfohlen wird, wird vielfach gewarnt, als überflüssig ja schädlich, überflüssig, weil doch die Leerheit des Uterus durch diesen Act nicht sicher bewiesen wird, da die Sonde bekanntlich auch zwischen Eihäute und Uteruswand eindringen kann, schädlich, weil die Sondirung zum Abort führen kann, ein Beispiel hierfür liefert uns der Fall den Küstner im Müller'schen Handbuch p. 541 angiebt. Ferner ist auch Fall 238 ein Beispiel dafür, dass die Sondirung im Stande ist Contractionen des Uterus hervorzurufen und deshalb gefährlich ist. Jedoch muss auch andererseits zugegeben werden, dass in der Hand eines geübten Gynäkologen die Sonde nicht blos ungefährlich wird, sondern auch entschieden nützlich zur Feststellung der Diagnose, da derselbe die Leichtigkeit, mit der die Sonde eindringt und auf die es ankommt beurtheilen und danach sein Urtheil fällen kann. Immer aber scheint es erwünscht die Sonde nur in solchen Fällen zu benutzen, wo schon andere Symptome die Diagnose sehr wahrscheinlich gemacht haben. Eine Ausnahme bilden natürlich die Fälle, wo eine Gravidität im rudimentären Horn eines Uterus bicornis festgestellt ist, wo eine Sondirung, wie Stoll[1]) hervorhebt, nicht blos erlaubt, sondern nothwendig ist, da die Therapie davon abhängt, ob eine Communication des rudimentären Hornes mit der Cervix besteht, oder nicht, aber da diese Diagnose wohl nur sehr selten gestellt werden wird vor Sondirung, so erscheint es gerechtfertigt die Sonde in allen Fällen, wo blos Verdacht auf einen Uterus bicornis vorliegt, anzuwenden, um so mehr, als ihre Anwendung ja einem geübten und vorsichtigen Gynäkologen immer gestattet ist. Das Charakteristische beim Sondiren eines Uterus bicornis liegt darin, dass die Sonde abwechselnd nach rechts und nach links ihren Weg nimmt, einen hübschen Beleg dafür liefert uns der Fall 444.

1) Zeitschr. f. Gebh. u. Gyn. Bd. 24, Heft 2.

Als ein für ektopische Gravidität sehr charakteristisches Symptom wird der Abgang einer Haut, der sich im Uterus bildenden Decidua angeführt, welche nach Langhans mikroskopisch denselben Bau hat, wie die Decidua graviditatis, also auch darin stimmt das Verhalten des Uterus mit dem bei gewöhnlicher Gravidität überein, natürlich fehlt die decidua reflexa. Geht die Decidua vollständig, d. h. einen Ausguss des Uteruscavums bildend ab, so ist das nach Fritsch[1]) für ektopische Gravidität beweisend, ebenso nach Rein, wenn wie letzterer vorsichtig hinzufügt ein frühzeitiger Abort auszuschliessen ist. Der Abgang einer solchen Membran pflegt aber lange nicht in allen Fällen vorzukommen und das ist auch unmöglich, da der Deciduaabgang meist erst bei Fruchttod eintritt. Jedoch kommen nach der jetzt vorwiegenden Ansicht Ausnahmen dieser Regel nicht allzuselten vor. Veit[2]) äussert sich z. B. dahin, dass eine einmalige Blutung, oder der Deciduaabgang mit dem Leben des Fötus veieinbar sei, nur wiederholte Blutungen und härter werden des Tumors sprechen für Fruchttod. Fritsch hebt auch diese Veränderung der Consistenz, dass der Tumor hart werde als Hauptunterschied zwischen der lebenden und abgestorbenen Frucht hervor. Auch der umgekehrte Vorgang, dass nämlich trotz Absterben des Fötus kein Deciduaabgang stattfindet, kommt vielleicht vor, wenigstens scheint nicht blos der Fall II von Küstner dafür zu sprechen, sondern es finden sich in meiner Arbeit noch 10 derartige Fälle, trotzdem wage ich nicht aus dieser Anzahl einen Schluss zu ziehen, weil die anamnestischen Daten nicht zuverlässig genug sind, um auf so eine kleine Anzahl hin irgend welche bestimmte Behauptungen zu machen.

In meiner Arbeit finde ich 150 Mal eine Erwähnung der Decidua und zwar war sie 108 Mal wohl, 42 Mal

1) l. c. p. 138.
2) Centralbl. f. Gyn. 1889, p. 516.

nicht abgegangen. Ich muss zu diesen Zahlen die Bemerkung fügen, dass 460 Fälle dabei als ohne Angabe bei Seite gelassen werden mussten, und wohl mancher Autor und Referent die Mittheilung, dass ein Decidua nicht abgegangen sei, weglässt, jedenfalls wäre ein Deciduaabgang nach diesen Zahlen als Regel anzusehen und es käme auf 3—4 Fälle ein Fall, wo die Decidua nicht abgegangen, ein Verhältniss, dem Fritsch jedenfalls wiederspricht, der in kaum der Hälfte der Fälle einen Deciduaabgang annimmt. Dieser letzteren Ansicht steht übrigens auch Winckels[1]) Beobachtung entgegen, letzterer vermisste unter 12 Fällen nur 4 Mal den Deciduaabgang, ebenso auch Hennigs, der unter 31 Fällen nur 8 Mal den Deciduaabgang vermisste, eine Angabe, die mit meinem Befund vollkommen stimmt. Was den Zeitpunkt betrifft, so finde ich:

Abgang	der	Decidua	im	1.	Monat	3	Mal
„	„	„	„	2.	„	20	„
„	„	„	„	3.	„	20	„
„	„	„	„	4.	„	10	„
„	„	„	„	5.	„	3	„
„	„	„	„	6.	„	3	„
„	„	„	„	7.	„	4	„
„	„	„	„	8.	„	4	„
„	„	„	„	9.	„	9	„
„	„	„	nach d.	9.	„	4	„

Es fragt sich nun, ob aus dem Deciduaabgang ein Schluss gezogen werden darf auf den Tod der Frucht und es ist darum interessant und auch practisch wichtig hier zu untersuchen, ob letzterer vielfach bei Deciduaabgang constatirt werden konnte. Es könnte dann auch daraus, in welchem Monat sich am häufigsten der Deciduaabgang findet, der Schluss gezogen werden, in welchem Monat der Tod der Frucht am häufigsten zu erfolgen

1) Münch. med. Wochenschr. 1888, p. 642.

pflegt. Bei Durchsicht der von mir gesammelten Fälle liess sich bei 27 Fällen annehmen, dass der Tod der Frucht mit dem Deciduaabgang zusammengefallen sei, auch Küstner's Fall III ist hierfür ein Beispiel, 2 Mal dagegen, dass die Frucht noch nach demselben gelebt hat, ich kann auf diese Zahlen hin der Ansicht nur beistimmen, welche für die Regel hält, dass der Deciduaabgang ein Symptom für Fruchttod sei, aber zugleich das Vorkommen von Ausnahmen, wenn auch recht selten, zugiebt. Wyder[1]) wollte die Bildung einer Decidua im Uterus immer zur Diagnose benutzen und schlug deshalb vor, eine Ausschabung des Uterus zu machen und die ausgeschabten Schleimhautpartickel mikroskopisch zu untersuchen. Der Vorschlag hat nicht viel Anerkennung gefunden, auch diejenigen, welche das Currettement gestatten wollen, machen die Bedingung, dass alles zur Laparotomie bereit sein soll, so Frank und Otto Schmidt. Die meisten Gynäkologen z. B. Küstner, Rein, Smolsky, Herzfeld u. A. sind ganz dagegen, hauptsächlich wegen der grossen Gefahr die Berstung des Fruchtsackes hervorzurufen, solch einen Fall berichtet z. B. Fritsch[2]) und Fall 56 in meiner Sammlung ist auch ein Beispiel dafür. Der andere Grund, weshalb diese Gynäkologen das Currettement verwerfen, ist, weil sie es für nutzlos halten, insofern die Decidua nicht immer stark ausgebildet zu sein braucht und daher meist von Schleimhautwucherungen nicht unterschieden werden kann. Sehr vereinzelt nur findet man Ansichten vertreten, die für das Curettement sind, so behauptet Krassorofski, dass die Currette nur in der Theorie gefährlich sei, in der Praxis nicht.

Dann haben wir bei der ektopischen Gravidität, immer eine Geschwulst zu constatiren, deren Consistenz als teigig und weich beschrieben wird, und bei der als

1) Angabe von Küstner.
2) l. c. p. 139.

Hauptcharakteristicum gilt, dass sie ungleichmässig ist, oder dass sie bei stärkerem Druck härter wird, was auf Contraction des Fruchtsackes zurückzuführen ist. Die Form der Geschwulst ist rundlich, die Grösse natürlich je nach dem Schwangerschaftsmonat verschieden. Das rasche Wachsthum dieser Geschwulst wird von vielen als werthvolles Symptom angesehen, Sutugin hält dieses Symptom neben dem Nachweis eines leeren, vergrösserten Uterus für das wichtigste Charakteristicum einer ektopischen Gravidität. Fritsch spricht seine Ansicht hierüber folgendermassen aus: „Ein anderes Zeichen, auf das früher viel Gewicht gelegt wurde, ist das constante Wachsen der Geschwulst. Wir verlangen heute die richtige Diagnose sofort bei der ersten Untersuchung und erlauben uns nicht mehr abzuwarten. Schliesslich wird allerdings die Diagnose leicht sein, aber zu spät, um das Leben zu retten". Der Standpunkt ist gewiss berechtigt, trotzdem, scheint mir, dürfte dies Symptom doch nicht verworfen werden, weil in so und so viel Fällen die Diagnose nicht sicher gestellt werden kann, oder wird, und dann, wenn keine bedrohlichen Symptome vorliegen, doch abgewartet wird, wobei sich das Wachsthum der Geschwulst beobachten lässt, ausserdem lässt sich aber wohl auch in manchen Fällen aus der Anamnese ein rasches Wachsthum fetsstellen. Ferner ist dasselbe auch ein wichtiges diagnostisches Merkmal für das Leben des Kindes in der ersten Hälfte der Gravidität.

Fränkel führt als charakteristisch für das Leben des Kindes bei Tubenschwangerschaft eine weiche Consistenz und Fehlen jeder Fluctuation und Spannung im tubaren Fruchtsack an, ein Symptom, das er bei anderen Arten der ektopischen Gravidität für unsicher hält. Thorn lenkt die Aufmerksamkeit auf die frühzeitige Elevation des Uterus bei Extrauteringravidität, die nicht so rasch durch Neubildungen hervorgebracht werden kann. Es kommt eben bei der Diagnose darauf an, dass möglichst alle Symptome vorliegen.

In der zweiten Hälfte der ektopischen Gravidität ist die Schwangerschaft, da man Kindstheile fühlt und, wenn die Frucht lebt, auch Kindstöne hört und Kindsbewegungen wahrnimmt nicht schwer festzustellen, und es kommt hier dann darauf an, den leeren Uterus neben der Geschwulst nachzuweisen, was allerdings zu dieser Zeit wie oben erwähnt schwieriger ist und wozu von einigen Autoren innere Untersuchung, von anderen die Sonde empfohlen wird.

Ist Ruptur gewesen, so ändert das die Lage insofern, als die Stellung der Diagnose auf den objectiven Befund hin schwerer wird, da ein Tumor sich bei innerer Blutung nicht palpiren lässt und eine Haematocele ja nicht nothwendig auf ektopische Gravidität zurückzuführen ist, ausserdem auch der Leib gegen die Palpation empfindlich zu sein pflegt, immerhin lässt sich durch die Combination der Zeichen einer bestehenden Gravidität und einer stattgefundenen inneren Blutung die Diagnose stellen. Kommt dagegen der Fall vor Ruptur zur Beobachtung und tritt dieselbe jetzt bei Beobachtung ein, so wird dadurch natürlich die Stellung der Diagnose bedeutend erleichtert.

Die betreffende Art der Schwangerschaft zu diagnosticiren ist sehr schwer, ja Küstner hält die Versuche ein Differentialdiagnostik zu präcisiren für „pure Schreibtischarbeit“. Das jedoch lässt sich öfters feststellen und diese Feststellung ist praktisch von Wichtigkeit, ob die Extrauteringravidität intraligamentär sich entwickelt hat oder nicht, Olshausen[1]) führt als Zeichen für den intraligamentären Sitz die breite Anlagerung an den Uterus und die wesentlich seitliche Lagerung des Tumors an. Im V. Küstner'schen Fall wurde diese Diagnose richtig gestellt. Auch auf graviditas uteri bicornis findet man die Diagnose dazwischen richtig gestellt, unter meinen 13 Fällen war

1) Deutsche med. Wochenschr. 90, p. 148.

es 2 Mal der Fall. Die Symptome derselben bestehen im Fühlen des lig. rotundum lateral vom Fruchtsack, was nur bei ihr und der graviditas interstitialis vorkommt und in dem charakteristischen Weg den die Sonde nimmt, bald nach rechts, bald nach links.

Bei Besprechung der Differentialdiagnose erscheint es hier indicirt auszugehen, von den von mir gesammelten Fällen; wir finden da folgende Fehldiagnosen:

8	Mal	Diagnose: Ovarialcyste
8	„	„ Ovarialtumor
1	„	„ Intraligamentäre fibrocystische Geschwulst
2	„	„ Uterusfibroid
1	„	„ Myoma uteri
1	„	„ Retrouteriner Tumor, Haematocele
6	„	„ Pyosalpinx
3	„	„ Salpingitis
1	„	„ Haematosalpinx
1	„	„ Tubentuberkulose
1	„	„ Blutung im Becken auf peritonitischer Grundlage
1	„	„ Blasensteine
4	„	„ Darmobstruction
4	„	„ Uteringravidität
2	„	„ Inkompleter Abort
1	„	„ Endometritis
1	„	„ Deciduoma uteri

46 Mal Fehldiagnose.

Dieser Tabelle entsprechend finden wir auch in den Fällen, wo bei unsicherer Diagnose angegeben wird, was für eine andere Möglichkeit in Frage gekommen war

4	Mal	Ovarialcyste
1	„	Ovarialtumor
1	„	Adnextumor
1	„	Oophoritis

1 Mal Fibromyom des Uterus
1 „ Pyosalpinx
1 „ Salpingitis
2 „ Uterinschwangerschaft
1 „ Abort
1 „ Mola carnosa

vorliegend. Diese Zusammenstellung zeigt recht deutlich wie viele Irrwege die Diagnose einschlagen kann. Manche von den angeführten Diagnosen kommen allerdings nicht in Betracht, denn Blasensteine und Tubentuberkulose können wohl nur unter ganz exceptionellen Verhältnissen in Frage kommen und wir finden auch im ersten Fall (21) einen Durchbruch in die Blase, bei dem dann die mit harnsauren Salzen inkrustirten Knochen den Eindruck von Blasensteinen machten, und im zweiten Fall (69) bestand Albuminurie, welche, wohl im Verein mit anderen, nicht angegebenen Symptomen, zur Diagnose Nierentuberkulose geführt hatte und letztere bei bestehenden Symptomen von Seiten der Geschlechtsorgane zur Diagnose Tubentuberkulose verleitet hatte.

Obgleich eine Fehldiagnose immer von üblen Folgen begleitet sein kann, schon deshalb, weil das operative Vorgehen entweder absichtlich, oder aus anderen Gründen aufgeschoben werden kann, so muss doch ein Unterschied gemacht werden zwischen solchen Fehldiagnosen, die zu direkt falscher und gefährlicher Therapie führen und solchen, bei denen das nicht der Fall ist und da bietet sich uns bei Betrachtung der obenstehenden Tabelle doch das trostvolle Bild dar, dass in viel häufigeren Fällen die Fehldiagnose nicht diesen verhängnissvollen Charakter trägt, sondern es sich um Fälle handelt in denen doch die Laparotomie gemacht werden muss, die Zahlen verhalten sich wie 34 : 12 und rechnet man noch dazu die bei den unsicheren Diagnosen in Frage gekommenen Möglichkeiten, so bekommt man ein Verhältniss wie 44 : 16. Dieses Factum hat viele Gynaekologen dazu vermocht die explorative Laparotomie zu gestatten.

Incompleter Abort, Retroflexio uteri gravidi und Darmobstruction in den Fällen, wo man ohne eine Laparotomie auszukommen glaubt, dürften in ihren Folgen als die schlimmsten Fehldiagnosen bezeichnet werden, da hierbei dann eine Therapie unternommen wird, die zur Ruptur des vorhandenen Fruchtsackes zu führen höchst geeignet ist. Nur in einem Fall (149) habe ich gefunden, dass zuerst die Diagnose auf Retroflexio uteri gravidi gestellt war, es wird aber dieser differentialdiagnostische Irrthum als nicht so entfernt liegend angeführt. Küstner und Fritsch führen Fälle an, in denen das Umgekehrte der Fall war, eine Retroflexio uteri gravidi für eine Extrauteringravidität gehalten worden war, und Küstner hat noch einen Fall erlebt, in welchem eine scharfe Anteflexio und Lateropositio uteri für eine ektopische Schwangerschaft angesprochen wurde. Die Folgen sind in beiden Fällen schlimm, da im ersten Fall die Repositionsversuche zur Ruptur, im 2. aber die Fehldiagnose zu einer überflüssigen Laparotomie führen wird. Schützen kann hier nur eine genaue bimannelle Untersuchung, durch welche das Bestehen einer, vom Uterus getrennten Geschwulst nachgewiesen wird.

Bei der Fehldiagnose incompleter Abort und Endometritis besteht die verhängnissvolle Folge im Curettement. Im II. Fall von Küstner war die Diagnose auf Deciduoma uteri gestellt, und der im Abdomen befindliche Tumor entweder als zu Grunde gegangene Extrauteringravität, oder als Neoplasma gedeutet worden. Die entsprechende Therapie hatte glücklicher Weise keine schlimmen Folgen.

Dass das Bild einer Darmobstruction durch den Druck des extrauterinen Fruchtsackes hervorgerufen werden kann ist verständlich und es wundert mich, keine Angaben über diesen differentialdiagnostischen Irrthum in der Litteratur zu finden, obgleich auch Schauta in seiner Statistik 4 Mal Incarceration als Ausgang bei spontanem Verlauf unter 241 Fällen angiebt. Auch hier

liegt, wenn mit Klystieren und Abführmitteln kurirt wird, die Gefahr der Ruptur nahe, und nur, wenn auf die Diagnose Darmverschlingung die Laparatomie gemacht wird, so deckt diese den wahren Sachverhalt auf. Verwechslung mit Uteringravidität ist auch verhängnissvoll, indem in einem Fall vergebliche Manipulationen zur Beendigung der Geburt gemacht werden und zur Ruptur führen können, im andern wieder die unnöthige Laparotomie.

Was die übrigen weniger gefährlichen Fehldiagnosen betrifft, so ist es natürlich, dass sich dieselben am häufigsten entweder auf Vergrösserungen des Ovariums, oder der Tube beziehn, und nur in seltenen Fällen als Tumoren, die vom Uterus ausgehen gedeutet werden. Dem entsprechen auch meine Befunde, indem 17 Mal der Ausgang von Ovarium, 10 Mal von der Tube und blos 3 Mal vom Uterus und bei den unsichern Diagnosen 7 Mal ein Ovarientumor, 2 Mal Salpingitis, oder Pyosolpinx und nur 1 Mal Fibromyom des Uterus diagnosticirt wurde. Fritsch führt als Unterscheidungsmerkmal von den Ovarialtumoren an, dass sie beweglicher, runder, härter, praller als der Fruchtsack bei Extrauteringravidität und mit einem Stiel versehen seien. Aber diese Symptome haben, ebenso wie viele andere, die sich hier noch pro und contra anführen liessen, so für sich keinen Werth, sie sind zu subjectiv und können schliesslich auch bei Extrauteringravidität vorkommen; ich möchte daher nur die von vielen Gynäkologen ausgesprochene Meinung hier nochmals betonen, es kommt hauptsächlich zur Vermeidung von Fehldiagnosen darauf an, alle in Betracht kommenden Eventualitäten zu bedenken und dann aus dem Gesammtbilde sich ein Urtheil über den Fall zu bilden. — Sehr schwierig wird die Diagnose, wenn Extrauteringravidität und Uteringravidität zusammen vorliegen, und zwar wohl hauptsächlich deshalb, weil man an ein so extrem selten vorkommendes Ereigniss nicht denkt, obwohl auch die beiden Bilder gegenseitig ihre Deutlichkeit stark trüben

mögen. Unter meinen Fällen finden sich 4 derartige (218, 249, 418, 440), leider ist in dreien nicht angegeben, ob die Diagnose gestellt war, oder nicht, im vierten wurde nach Geburt der intrauterinen Frucht die Diagnose auf Ovarialcyste gestellt und die Laparotomie deckte den wahren Sachverhalt auf. Kleinwächter hat 38 derartige Fälle zusammengestellt, Schröder 24, von denen sich 5 nicht unter den Kleinwächter'schen befanden, so dass im Ganzen 43 solche Fälle vorliegen, unter denen nur 2 Mal die Diagnose richtig gestellt war, während sonst die exrauterine Frucht für einen Ovarialtumor gehalten, oder ganz übersehen worden war. Ich erwähne hier auch den Fall VII von Küstner, bei welchem auch Uterin- und Extrauteringravidität zusammen vorlag und die Diagnose richtig gestellt wurde, jedoch war hier die Diagnose insofern leichter, als die Uteringravidität erst nach Absterben der extrauterinen Frucht entstand. — Manchmal ist die Diagnose sogar nach der Laparotomie aus dem Befunde des Präparates sehr schwer, und manchmal überhaupt nicht sicher zu stellen, denn der Foetus wird nicht selten vermisst, und auch die von allen Gynäkologen als beweisend anerkannten Chorionzotten dazwischen. In dem Falle nimmt man seine Zuflucht zu den Deciduazellen in der Decidua tubaria, die sich allermeist bildet, jedoch werden dieselben nicht allgemein als beweisend angesehen, Fränkel z. B. hält sie, im Gegensatz zu Keller für keinen sichern Beweis einer Extrauteringravidität, da Endometritis und Dysmennorrhoea membranacea Uebergänge von der gewöhnlichen Schleimhaut bis zur Decidua bilden. Aber es können sogar auch diese Deciduazellen nicht nachweisbar und trotzdem die Diagnose auf Extrauteringravidität berechtigt sein, wofür der erste Küstner'sche Fall ein Beispiel bietet, und zwar auf Grund der von Orthmann[1]) angestellten Untersuchung von 10 Tu-

1) Ueber Tubenschwangerschaft. Zeitsch. f. Geb. und Gyn. 90.

benschwangerschaften aus der ersten Zeit der Schwangerschaft, die ihn zu folgendem Resultat führten: „Findet man im Innern der Tube ein festes organisirtes Blutcoagulum, so kann mit an Gewissheit grenzender Wahrscheinlichkeit die Diagnose auf Tubenschwangerschaft gestellt werden."

Verlauf.

Bei Besprechung des Verlaufs der ektopischen Gravidität sei es mir gestattet im Wesentlichen denselben Gang einzuhalten, wie ich ihn von Professor Küstner[1]) vorgezeichnet finde, demnach handelt es sich um folgende Möglichkeiten: Es kann, und das pflegt am häufigsten zu sein, eine Ruptur des Fruchtsackes eintreten, oder aber sie kann, nach Eintritt des Fruchttodes, ausbleiben, ferner kann es, ohne Berstung der Tube, zu einer Blutung durch das Abdominalostium derselben kommen, von Werth tubarer Abort genannt, und schliesslich wollen einige Autoren auch eine Ausstossung durch den Uterus bei interstitieller Gravidität beobachtet haben.

Früher waren die Gynaekologen allgemein der Ansicht dass die Extrauteringravidität nicht bis zum normalen Ende ausgetragen werden könne, sondern immer spätestens im 4. bis 5. Monat die Ruptnr des Fruchtsackes erfolgen müsse. Man meinte, dass die Tube eine so starke Ausdehnung nicht aushalten könne, und hatte dabei in dem dieser Meinung zu Grunde liegenden Gedanken, dass nämlich die Berstung durch das Wachsthum des Fruchtsackes zu Stande käme auch vollkommen Recht, dass ist sicher die Hauptursache, wenn auch nebenbei, oder in seltenen Fällen die Contractionen des Fruchtsackes, oder, wie Kaltenbach glaubt, die am Fruchtsack inserirenden, pseudomembranösen Stränge eine Rolle spielen, indem letztere dem Wachsthum des Fruchtsackes einen Widerstand entgegensetzen und deshalb, wenn sie stärker sind als der Fruchtsack, denselben

1) Handb. der Gebh. von Müller Bd. II p. 525.

anreissen. Die Erfahrung hat aber gelehrt, dass jede Art der ektopischen Gravidität bis zum normalen Ende ausgetragen werden kann, ohne Ruptur, wenn auch dieselbe meist in den früheren Monaten zu erfolgen pflegt, und damit komme ich zur Angabe der Zahlenverhältnisse für die Häufigkeit der Ruptur in den verschiedenen Monaten. Zuerst aber soll die oben aufgestellte Behauptung, dass die Ruptur im Verlaufe häufiger eintritt als ausbleibt mit ein paar Zahlen gestützt werden. Unter 330 Fällen finde ich in 270 stattgehabte Rupturen, nur in 58 war sie nicht eingetreten, d. h. also in 82,3% ist Ruptur die Folge und in 17,7% nicht.

Ich habe bei diesen Zahlen blos die Fälle berücksichtigt, wo eine direkte Angabe vorlag. Rechnet man noch die Fälle zu den nicht geborstenen, in denen nicht vermerkt ist, ob eine Ruptur gewesen, oder nicht, obgleich keine ganz kurze Beschreibung des Falles gegeben ist, wie ich es auch in der Ordnung der Fälle gethan habe, so lassen sich 165 Fälle als ohne Ruptur verlaufen berechnen, d. h. in 37,1% keine Ruptur. Ich muss aber zu diesen Zahlen, hinzufügen, dass in vielen von den Fällen, die als nicht geborstene bezeichnet sind, die Laparotomie gemacht wurde und deshalb können diese Zahlen nicht stimmen, wo nur von Fällen mit spontanem Verlauf die Rede ist, in dem Fall muss der Procentsatz zu Gunsten der Ruptur bedeutend steigen. Zmigrodski[1]) fand frühzeitige Ruptur in 79%, jedoch handelt es sich bei ihm um Fälle mit spontanem Verlauf.

Für die einzelnen Monate finde ich folgende Zahlen:

Im	1.	Monat	13	Mal	Ruptur.
„	2.	„	67	„	„
„	3.	„	28	„	„
„	4.	„	12	„	„
„	5.	„	4	„	„
„	6.	„	1	„	„

1) L. c.

Im 7. Monat 3 Mal Ruptur.
„ 8. „ 4 „ „
und nach dem 9. „ 9 „ „ „
ausserdem war in den 20 Gusserow'schen Fällen und in 4 Schauta'schen die Ruptur in den ersten 3 Monaten eingetreten. Diese Zahlen sprechen selbst und ich muss mich auf Grund derselben Fritsch anschliessen, der den 2. und 3. Monat als diejenigen bezeichnet in dem die Ruptur am häufigsten vorkommt. Runge[1]) giebt hierfür die Zeit zwischen dem 3. und 5. Monat an. Schroeder die ersten 4 Monate und Küstner[2]) die Zeit zwischen 4. und 6. Monat. Es sei an dieser Stelle noch auf die Hennig'sche[3]) Tabelle aufmerksam gemacht, in welcher derselbe die Zeit der Ruptur bei den verschiedenen Arten der Extrauteringravidität apart darstellt, wobei sich das interessante Resultat ergiebt, dass bei der interstitiellen Gravidität in allen Monaten fast gleiche Chancen für eine Ruptur bestehn, wenigstens nicht die ersten Monate in so praegnanter Weise praevaliren. Ebenso scheint auch bei intraligamentär entwickelter Gravidität die Ruptur häufiger in späteren Monaten vorzukommen, als bei der gestielten Form, wenigstens finde ich nur in 6 Fällen von intraligamentärer Schwangerschaft eine Ruptur erwähnt, in 5 dagegen die direkte Angabe dass keine stattgefunden, von diesen Fällen lässt sich annehmen, dass die Laparotomie mehrmals vor der zu erwartenden Ruptur ausgeführt worden sein wird.

Die Folgen der Ruptur bestehen in der Bildung einer Haemotocele, respective Haematoms, oder in innerer Blutung. Ich finde das Verhältniss dieser beiden Ausgänge wie 79 : 150, also fast doppelt so oft innere Blutung. Ich muss hierzu bemerken, dass in manchen

1) Lehrbuch der Geburtshülfe.
2) L. c. Bd. II, p. 526.
3) Bandl. Handbuch der Frauenkrankheiten von Billroth und Lücke Bd. II, p. 829.

dieser Fälle aus der innern Blutung nachträglich eine Haematocele entstanden war, was ich auch bei denjenigen Hennig'schen [1]) Fällen anzunehmen geneigt bin, wo derselbe angiebt, dass der Verblutungstod nach später als 40 Stunden erfolgte, es hat in diesen Fällen offenbar eine zeitweilige Abkapselung stattgefunden, welche jedoch, weil zu schwach und zart, wieder geborsten war, in einem Fall giebt er selbst an, dass eine zweite Blutung erfolgte. Trotzdem bleibt bei diesen Zahlen die starke Abweichung von den Schauta'schen Angaben bestehen, der das Verhältniss wie 22 : 128 berechnet, also in kaum einem Sechstel der Rupturen Haematocelenbildung zugiebt, während Zmigrodski's Ergebniss dem meinigen bedeutend näher kommt, derselbe findet das Verhältniss wie 21 : 54. Der Ausgang der Ruptur in Haematocele, ist, besonders wenn die Schwangere sich noch in den ersten Monaten befindet, als sehr günstig anzusehn, weil in den meisten Fällen Resorption derselben, sowie der jungen Frucht stattfindet; ich finde allerdings nur 7 ohne Therapie günstig abgelaufene Fälle, das will aber nichts sagen, da eben in den meisten Fällen die Laparotomie angeschlossen worden ist. Voisin berichtet von 9 hierhergehörigen Haematocelen von denen nur 3 tödlich verliefen. Den Beweis, dass diese eben erwähnte Resorption des Foetus stattfinden kann, hat Leopold in einer experimentellen Arbeit geliefert, indem er jüngere und ältere Kaninchenfoeten in die Bauchhöhle anderer Thiere brachte und konstatirte, dass eine vollständige Resorption derselben vor sich ging, nur die Knochen blieben zurück.

Die andere Möglichkeit, wie eine durch Extrauteringravidität entstandene Haematocele auslaufen kann, besteht darin, dass Fäulniss eintritt, die Frucht vereitert, oder verjaucht und unter Fiebererscheinungen kommt es

1) Bandl. Handb. der Frauenkr. redigirt von Billroth u. Lüke, Bd. II, p. 829.

zum Durchbruch, entweder per Rectum, oder per vaginam, durch die Blase, oder die Bauchdecken. In meiner Sammlung finde ich

14	Mal	Durchbruch	per	Rectum
3	„	„	„	vaginam
3	„	„	„	Blase
2	„	„	„	Bauchdecken
2	„	„	„	Rectum u. vaginam zugleich.
1	„	„	„	Rectum, vaginam u. Blase zugleich.
1	„	„	„	Vaginam und Bauchdecken.

Laparotomie wurde 5 Mal dabei gemacht, 4 Mal mit günstigem, ein Mal mit ungünstigem Erfolge, in den übrigen Fällen wurde die Ausstossung blos beschleunigt durch Extraction, oder sie wurde sich selbst überlassen und dabei trat in 9 Fällen Heilung ein, während 5 Mal der Exitus letalis erfolgte, also immerhin noch für einen spontanen Verlauf ein günstiges Resultat. Interessant ist es zu sehn nach wie langer Zeit es noch zu so einer Verjauchung der Frucht kommen kann, im Fall 88 trat dieselbe erst nach 30 Jahren, im Fall 20 nach 10 Jahren, im Fall 22 nach 9 Jahren und im Fall 89 nach 6 Jahren ein. Auch Olshausen[1]) führt mehrere derartige Fälle an, von denen die Verjauchung am spätesten in Küstner's[2]) Fall eintrat, nämlich erst 27 Jahre nach Beginn der Schwangerschaft.

Erfolgt die Berstung des Fruchtsackes erst in vorgerückter Zeit der Gravidität was ja, wenn auch seltener wie die oben angegebenen Zahlen beweisen vorkommt, so ist die Gefahr bedeutend grösser, indem sich schwerer eine Hämatocele bildet und schwerer eine Resorption der Frucht möglich ist, im Uebrigen aber ist der Verlauf der gleiche.

1) Deutsche med. Wochenschr. 90, p. 196.
2) Berl. Beiträge zur Gebh. u. Gyn. IV, p. 20.

Ueber die Erfordernisse zum Zustandekommen einer Hämatocele sind die Ansichten auch nicht ganz übereinstimmend, so meint Veit, dass dieselbe sich nur bilden könne bei primärem Bestehen peritonitischer Adhäsionen, während Küstner angiebt, dass sich, wenn die Blutung nur langsam von Statten geht durch die peritoneale Reaction Pseudomembranen, die den Bluterguss abkapseln, bilden können.

Findet die Ruptur und der Bluterguss zwischen die Blätter des lig. latum statt, so entsteht das sogenannte Hämatom. Der Verlauf kann hierbei dieselben Wege einschlagen wie bei der Hämatocele, vielleicht mit noch etwas günstigeren Chancen.

Ich muss noch der Möglichkeit gedenken, dass eine Ruptur des Fruchtsackes eintritt, ohne dass der Fötus dabei abstirbt, indem die Placenta an ihrer Insertionsstelle haften bleibt, einen derartigen Zustand nennt man secundäre Abdominalgravidität. Der VII. Fall von Küstner giebt uns hierfür ein Beispiel, es war in demselben die Ruptur wahrscheinlich im 5. Monat erfolgt, während der Fötus erst im 7. abgestorben war, also noch 2 Monate in der Bauchhöhle gelebt hatte. Ausser diesem finden sich in meiner Arbeit noch mehrere solche Fälle, z. B. 241, 246.

Die zweite mögliche Folge der Ruptur ist die freie Blutung in die Bauchhöhle. Dann tritt unter zunehmender Anämie bald der Collaps ein. Natürlich kommt es auch hier darauf an, zu welcher Zeit die Ruptur stattfand und wie grosse Gefässe zerrissen, je nachdem wird auch rascher oder langsamer der Collaps und Tod eintreten, meistentheils jedoch dauert es noch 24 Stunden circa, bevor der Tod erfolgt, so dass ein operativer Eingriff immer noch möglich ist. Hennig[1]) fand folgende Zahlen hierfür. Der Tod erfolgte durch Verblutung nach Eintritt der Ruptur des Tubarsackes:

1) Bandl. Handbuch d. Frauenkrankheiten von Billroth u. Lücke Bd. II, p. 829.

Nach	1	Stunde	bei	3	Gravid.	tubaria
„	2	Stunden	„	3	„	„
„	5	„	„	3	„	„
„	10	„	„	3	„	„ und 3 interstit
„	20	„	„	7	„	„
„	40	„	„	7	„	„

Nur in äusserst seltenen Fällen kommt es nach Ruptur und freier Blutung in die Bauchhöhle bei spontanem Verlauf zur Genesung, ich kann in meiner Sammlung nur 3 Heilungen unter 32 derartigen Fällen aufweisen, während 29 letal endigten.

Es kann aber auch sowohl die innere Blutung, als auch die Hämatocele ohne Ruptur des Fruchtsackes entstehen, durch den von Werth als „tubarer Abort“ bezeichneten Vorgang. Es handelt sich dabei um theilweise Lösung der Placenta von der Haftfläche, oder auch um Ausstossung des ganzen Eies und Blutung durchs abdominale Ostium der Tube. Dieser Verlauf ist aber selten, in meiner Arbeit sind blos 8 solche Fälle angegeben, übrigens mag auch in manchen Fällen Ruptur angenommen werden, wo faktisch dieser Vorgang vorliegt. Martin hält den tubaren Abort für ein sehr häufiges Vorkommniss, will denselben bei 56 Fällen beobachtet haben, meist in den 3 ersten Monaten.

Wie schon oben angegeben, kommen Fälle vor, in denen die Ruptur überhaupt ausbleibt. Die Frucht stirbt ab, bleibt aber am Orte ihrer Entwickelung liegen. In diesem Fall kann der Verlauf ganz ebenso sein, wie nach erfolgter Ruptur, es kann Resorption, oder Durchbruch eintreten. Es kommt aber, wenn auch selten, noch eine andere Art des Verlaufs vor, die sogenannte Lithopädionbildung. Es besteht dieser Vorgang in einer Infilteration mit Kalksalzen und zwar muss unterschieden werden, zwischen den Fällen, wo dieselbe nur die Eihäute, oder diese und die Oberfläche des Kindskörpers, oder letzteren allein betrifft. Küchenmeister nennt den ersten Fall Lithokelyphos, den zweiten Lithokelyphopädion

und der dritte ist dann das eigentliche Lithopädion. Der dritte Fall gehört eigentlich zu den Verlaufsarten nach der Ruptur, da eben hier immer eine Ruptur stattgefunden hat, aber da es sich überhaupt nur um wenige Fälle mit Kalkinfilterationen handelt, so sei es mir gestattet, alle drei Arten derselben hier zusammen zu besprechen. In meinen aus den letzten 5 Jahren gesammelten Fällen finden sich 11 mit der Angabe eines Lithopädions ohne Vereiterung (23, 24, 25, 26, 27, 28, 29, 30, 31, 32, 33) und zwar war dasselbe in 3 Fällen 30—34 Jahr getragen worden (23, 24 und 33), 1 Mal 23 Jahr (30), 1 Mal 19 (28), 1 Mal 16 (26), 1 Mal 12 (32), 1 Mal 7 (27), 1 Mal 3 Jahr (29). Unter diesen Fällen finden wir nur ein Mal angegeben, dass keinerlei Beschwerden und Schmerzen bestanden (33), in allen andern wohl, wenn auch vielfach nur die ersten Jahre, in einem allerdings blos das erste halbe Jahr (27). Das beweisst, dass der Ausgang in Lithopädionbildung auch kein so wünschenswerther ist, um so mehr, da die Gefahr der Vereiterung und Verjauchung mit nachfolgendem Durchbruch immer noch vorliegt, wie man aus den oben von mir angeführten Beispielen ersieht. Schauta giebt an, dass von 241 Fällen mit spotanem Verlauf 6 Mal Lithopädionbildung eintrat und zwar, fügt er hinzu ohne Beschwerden. Es kommt hierbei allerdings darauf an, was man Beschwerden nennt, und ich will nicht behaupten, dass die Frauen nachher immer an Schmerzen leiden, aber ein Gefühl des Druckes im Unterleib bleibt bestehen. Es finden sich in der Litteratur eine ganze Reihe von sogenannten Steinkindern, die ich hier nicht alle aufzählen will, sondern auf die Lehr- und Handbücher der Geburtshülfe verweise (Müller Bd. II p. 537; Schröder p. 437; Billroth und Luecke p. 820). Dass bei vorhandenem Lithopädion sogar Schwangerschaft und Geburt vorkommen kann, beweisst neben anderen Fällen, die sich in der Litteratur finden, auch Nr. 29. Bandl[1])

1) L. c. p. 826.

führt eine ganze Reihe an. Die Geburt ist dann natürlich eine schwere, ja es kann der Kaiserschnitt nothwendig sein und Bossi, Hennigson und Schröder leiteten, wie Küstner anführt, den künstlichen Abort in solchen Fällen ein, aber das Kind kann vollkommen reif und ausgetragen werden. Eine interesssante und höchst seltene Erscheinung trat in 2 Fällen meiner Sammlung ein. Es floss nämlich Fruchtwasser per vaginam ab, der eine Fall ist von Olshausen (362), der andere von Küstner (VII) beobachtet. Im ersten handelte es sich um eine Tubengravidität, im letzteren um 1 Schwangerschaft im rudimentären Uterushorn. Es sind das die beiden einzigen Fälle in der Litteratur, wo eine derartige Beobachtung gemacht worden ist. Ob nach Tod der Frucht noch Ruptur des Fruchtsackes vorkommt, darüber sind die Ansichten ungetheilt, da Beispiele dafür existiren (470,2 Mal), aber wie gross die Gefahr der Berstung nach dem Tode ist, d. h. also, wie häufig sie vorkommt, darin sind die Autoren noch nicht einig. Olshausen hält sie doch für so naheliegend, dass er die Laparatomie bei todtem Kinde in vorgerückter Schwangerschaftszeit gerade mit auch aus diesem Grunde empfiehlt, wie wir später noch sehen werden.

Als allergünstigster Ausgang der ektopischen Gravidität müsste aber derjenige bezeichnet werden, den manche Autoren beobachtet zu haben meinen, nämlich die Ausstossung der extrauterinen und interstitiell gelagerten Frucht durch den Uterus. Jedoch lässt sich in so einem Falle nicht der Nachweis der Extrauteringravidität führen und deshalb ist man hier berechtigt sich skeptisch gegen die Richtigkeit der Diagnose zu verhalten. Bei mir stehen 12 solche Fälle, einer sogar mit Zwillingen (34—44 u. 110).

Bei Zwillingsextrauteringravidität wird natürlich die Gefahr der Ruptur sehr nahe liegen und zwar dieselbe sehr früh eintreten. Liegt aber neben einer Extrauteringravidität noch eine intrauterine vor, so erfolgt ent-

weder, wie es in 3 der von mir gesammelten Fälle (249, 418, 440) stattfand, eine Frühgeburt und es hängt der weitere Verlauf von der Extrauteringravidität ab, oder es spielt von vorne herein die Extrauteringravidität die vorherrschende Rolle, und die intrauterine Frucht wird bei der Ruptur der ersteren ausgestossen. Im Ganzen habe ich 4 solche Fälle gefunden, ausser den 3 genannten noch Nr. 218.

Der Ausgang bei spontanem Verlauf wird also, wie aus dem Gesagten schon hervorgeht in den meisten Fällen ungünstig sein, ich finde unter den von mir gesammelten Fällen 33 mit Heilung, 45 mit Tod enden, d. h. in 57,7 % ist der Ausgang ungünstig. Dieser Procentsatz ist eher zu klein als zu hoch. Martin giebt 63,0 %, Schauta 68,8 % und Zmigrodski sogar 73 % Todesfälle bei spontanem Verlauf an. Bei der Gravidität im Uterus bicornis, wenn sie sich selbst überlassen bleibt ist der Verlauf nach Sängers Angabe ein trostloser, von 25 Patientinnen starben 22, bei dreien trat Lithopädionbildung ein. Himmelfarb berichtet dasselbe, er hatte 36 Fälle gesammelt und von diesen endeten 24 in Folge von Ruptur letal.

Therapie.

Der bei der Therapie leitende Gesichtspunkt ist jetzt fast allgemein der die Frucht bei der ektopischen Gravidität als bösartige Neubildung zu betrachten, eine Ansicht die von Werth[1]) zuerst ausgesprochen wurde und für die erste Zeit der Schwangerschaft von fast allen Gynaekologen jetzt getheilt wird, während bei vorgeschrittener ektopischer Gravidität viele eine Rücksicht auf die Erhaltung des kindlichen Lebens verlangen.

Tait, Schröder, Smolsky, Rein und andere befürworten diese Rücksichtnahme im Gegensatz

1) Beiträge zur Anat. u. operat. Behandlung der Extrauterinschwangerschaft p. 139.

zu Werth, Olshausen, Martin u. a. und bestreiten die Ansicht der letzteren, dass die Kinder doch meist verloren seien, oder mit Missbildungen versehen zur Welt kämen, darin sind aber alle einig, dass das mütterliche Leben um des Kindes willen nicht aufs Spiel gesetzt werden darf. In der Wahl der Art diese Neubildung fortzuschaffen, wie auch des Zeitpunktes zum operativen Eingriff und manchen andern Einzelheiten in der Therapie gehen aber die Ansichten sehr weit auseinander.

Ein grosser Theil der Gynäkologen geht dabei von dem Gesichtspunkt aus, die Frucht in frühen Monaten abzutödten und dann die Resorption derselben dem Organismus zu überlassen, darauf hin zielen die Punktion, die Morphiuminjection in die Frucht, und die Electricität. Die andern Gynäkologen wollen radikal vorgehen und durch Elytrotomie, hauptsächlich aber durch Laparotomie dies pathologische Schwangerschaftsproduct fortschaffen. Nur ganz vereinzelt werden Meinungen laut, die ein möglichst langes abwartendes Verhalten empfehlen, so Breisky und Wiedow, ersterer weil er von dem Gesichtspunkte ausgeht, dass auf den Foetus Rücksicht genommen werden müsse und derselbe nicht als bösartige Neubildung angesehen werden dürfe, letzterer, weil er die Nachblutung in 10 Fällen, kaum hatte stillen können. Ich verweise hier blos auf die Ergebnisse des spontanen Verlaufs, welche bei der exspectativen Behandlung in gleicher Weise eintreten müssen.

Den drei Heilmethoten, die unter den zuerst angeführten Gesichtspunkt gehören, wird von den Anhängern der radikalen Therapie im Allgemeinen der Vorwurf gemacht, dass die Zurücklassung des Fruchtsackes verschiedenerlei Gefahren in sich birgt, Ott führt folgende an: 1) Innere Blutung, insofern der Sack noch nach dem Fruchttod platzen kann 2) allgemeine Ernährungsstörung und Störung der Functionen der Nachbarorgane. 3) entzündliche Erscheinungen im Abdomen, besonders

Peritonitis. 4) Vereiterung des Fruchtsackes und Durchbruch in die Nachbarorgane. Diese Gefahren entstehen zum grossen Theil dadurch, dass das Peritoneum die ihm zugemuthete, grosse Resorptionsarbeit nicht zu leisten im Stande ist. Im Einzelnen wird noch verschiedenes an diesen drei Methoden ausgesetzt, auf das ich bei Besprechung einer jeden einzelnen kommen werde.

Am wenigstsn Fürsprecher hat die Punktion und es existiren auch bei dieser Therapie mehr ungünstig, als günstig abgelaufene Fälle in der Litteratur. Auf eigene Erfahrung hin warnt besonders Gaillard Thomas[1]) vor der Punktion, welchem 3 Frauen bei Anwendung derselben gestorben sind. Späth führt gegen die Ausführung der Punktion, abgesehen von dem obenerwähnten Vorwurf gegen das Princip derselben noch an, dass bei einer Fehldiagnose auf Pyosalpinx schlimme Folgen eintreten können, bestehend in septischer Infection. Ausserdem liegt natürlich auch die Gefahr vor den Darm, oder die Blase zu verletzen. Ich habe blos 6 Fälle in denen die Punktion ohne angeschlossene Laparotomie ausgeführt wurde, (94, 95, 96, 468 3 Mal) gefunden, der Erfolg war 2 Mal ungünstig, 4 Mal günstig. Von diesen 4 günstigen Fällen kommen 3 auf Krassorofski (468). Die Technik der Punktion ist einfach, sie kann entweder von den Bauchdecken, oder von der Scheide aus mit einem Troikart ausgeführt werden, in letzterem Falle aber ist auch noch eine nachträgliche Infection zu befürchten, da sich die Scheide schwer ganz aseptisch erhalten lässt. Aus dem Allen wird es verständlich, wenn diese Heilmethode in jetziger Zeit als verworfen anzusehen ist.

Ueber den Werth der Morphiuminjection lässt sich zur Zeit noch kein definitives Urtheil fällen, da noch zu wenig, mit derselben behandelte Fälle vorgekommen sind, aber es finden sich unter den Gynaekologen doch mehr

1) Angabe von Bandl. L. c. p. 814.

Stimmen für diese Therapie, als für die Punktion, und es scheint, dass das Absterben des Foetus sicherer durch erstere bewirkt wird, als durch letztere. Die Vorwürfe, die man der Morphiuminjection im Allgemeinen, d. h. dem Princip derselben, macht, habe ich oben erwähnt, im Speciellen kommt hier noch hinzu, dass die Gefahr der Infection bei derselben nach der Meinung mancher Gynaekologen noch näher liegt, als bei der einfachen Punktion, weil sie mehrere Male gemacht werden muss, deshalb haben Winckel und Gossmann vorgeschlagen, dieselbe von den Bauchdecken aus auszuführen und lieber den Tumor zu dem Zweck etwas grösser werden zu lassen. Martin hält auch die Morphiuminjection wegen Gefährdung der Gedärme für gewagt, wogegen Ziegenspeck mit der Angabe auftritt, dass er 10 Mal den Darm ohne Schaden punktirt hätte. Auch an der Dorpater Klinik ist die Darmpunktion aus therapeutischen Rücksichten oft ohne schlechte Folgen ausgeführt worden. Winckel ist der Hauptfürsprecher für die Morphiuminjection in den Fruchtsack, weshalb sie auch Winckel'sche Methode genannt wird, obgleich Joulin und Friedreich schon früher dieselbe angewandt haben. 2, höchstens 3 Injectionen von 0,03 Morphium einfach in den Fruchtsack, oder auch in den Körper des Kindes genügen, nach Winckel's Meinung, zur Tödtung der Frucht und den 5. Monat giebt er als Termin an, bis zu welchem noch auf Erfolg gerechnet werden kann. Er selbst hat 7 Fälle in dieser Weise behandelt, 2 davon endeten tödtlich. Treymann[1]) zählt im Ganzen 12 Fälle zusammen, darunter 6 von Winckel, bei denen nur 3 Mal der Ausgang ungünstig war. In meiner Arbeit sind 11 Fälle, von denen 8 günstig, [97, 98, 99, 100, 101, 469 (3 Mal)], 3 ungünstig [102, 469 (2 Mal)] verliefen. Nur die 6 Winckel'schen Fälle sind bei Treymann und mir

1) Petersb. med. Wochenschr. 91, p. 24.

die gleichen, die andern sind alle verschieden. Es ergiebt sich aus diesen Zahlen, dass diese Methode nicht so ohne Weiteres über Bord geworfen zu werden verdient, sondern noch eingehenderer Prüfung durch neue Fälle bedarf. Nach Abschluss meiner Arbeit kamen mir erst die Berichte aus der königlichen Universitäts-Frauenklinik in München in den Jahren 1888—1892, herausgegeben von Prof. Winckel, in die Hände, wo sich noch 3 in meiner Arbeit nicht erwähnte Fälle finden, jedoch nur einer unter diesen war mit Morphiuminjection behandelt, und genesen.

Bedeutend reicher ist die Litteratur an mit Elektricität behandelten Fällen von ektopischer Gravidität. Der Zweck der Elektricität ist erstens auch hier die Tödtung der Frucht, zweitens aber soll durch dieselbe auch die Resorption des Schwangerschaftsproductes beschleunigt werden. Es sind nicht wenige Gynaekologen, die sich für die Ausübung der Elektricität bei ektopischer Gravidität erklären, Buckmaster, Emmet, Hanks, Mc Lean, Goelet, Edebohls, Seevrin etc. etc. An der Spitze derselben steht Brothers ein Amerikaner, wie überhaupt dies Verfahren hauptsächlich in Amerika seine Anhänger zählt, aber auch unter russischen Autoren vernimmt man nicht wenig Stimmen für die Elektricität, Goluschew, Papialkofski, Snegirew, ja auch unter den deutschen, radikalen erklären viele die Elektricität als für den Nothfall brauchbar. Es erscheint daher unverständlich, weshalb Frank der Morphiuminjection und Elektricität nur historische Bedeutung zumisst. Brothers hat 53 mit Elektricität behandelte Fälle gesammelt, 5 Frauen starben, 6 Mal trat trotz schwerer Symptome Genesung ein und 3 Mal soll die Frucht in den Uterus getrieben worden sein. Dieser Befund spricht allerdings sehr zu Gunsten der Elektricität. Mein Resultat ist folgendes: Von 14 mit Elektricität behandelten Fällen genasen 8 Patientinnen (103—110), starb eine (111), und 5 Mal musste, da diese Therapie keinen Er-

folg hatte, die Laparatomie angeschlossen werden. (176, 366, 397, 474 (2 Mal.) Ausserdem hat Brothers noch 75 Fälle gesammelt, in denen nach elektrischer Behandlung keine bösen Folgen eintraten, ein Factum, das nicht viel sagt, da es einem nicht die Möglichkeit giebt einen Vergleich mit den unglücklich abgelaufenen Fällen zu ziehen. Was die Art des anzuwendenden Stromes betrifft, so hält Brothers sowohl den galvanischen, als den faradischen für brauchbar, unter den anderen Vertretern dieser Therapie sind die Ansichten getheilt, wir finden bald den unterbrochenen, bald den constanten Strom empfohlen. Garrigues und Buckmaster wenden den unterbrochenen Strom an und appliciren den negativen Pol auf den Leib, den positiven in die Scheide, Harrison wendet den constanten an. Als Endtermin, bis zu welchem die Elektricität noch von Nutzen sein soll, wird ziemlich übereinstimmend der 4. Schwangerschaftsmonat genannt. Obgleich Brothers so sehr für die Anwendung der Elektricität ist, so verwirft er doch die Elektropunctur. Die Gefahr letzterer besteht, abgesehen von der Infection, die auch hier nicht sicher zu vermeiden ist, darin, dass in Folge des elektrischen Stromes eine Contraction des Fruchtsackes hervorgerufen wird, welche zur Berstung desselben führen kann. Der Elektricität im Speciellen wird vorgeworfen, dass sie nicht sicher den Foetus tödtet und dafür sprechen auch die 5 Fälle in meiner Arbeit, wo Laparatomie angeschlossen werden musste, und wohl auch mancher von denen, welche einen ungünstigen Verlauf nahmen.

Der zweite Gesichtspunkt geht ebenfalls davon aus, dass die ektopische Frucht als Fremdkörper zu behandeln sei, der fortgeschafft werden muss, nur ist der Weg dabei ein ganz anderer, denn während die Vertreter der ersten Ansicht diese Fortschaffung dem eigenen Organismus überlassen, wollen die Anhänger der zweiten sie mit dem Messer ausführen. Bei letzterem Bestreben kann man von zwei Seiten an den Tumor gelangen, nämlich

von den Bauchdecken, oder von der Scheide aus. Das letztere Verfahren ist die sogenannte Elytrotomie, oder Kolpotomie. Dieselbe wird jetzt von den meisten Gynäkologen verworfen, oder nur unter ganz exceptionellen Verhältnissen gestattet, hauptsächlich aus dem Grunde, weil sie noch zu wenig radikal ist, Placenta und Fruchtsack müssen zurückgelassen werden und daraus resultiren natürlich wieder die Gefahren der Eiterung und der Sepsis für die Patientin, besonders da von der Scheide aus nicht so vollkommen für Desinfection und Verhütung der Einwanderung pathogener Keime gesorgt werden kann. Ausserdem lässt sich das Operationsfeld nicht so klar wie bei der Laparotomie überschauen, man arbeitet mehr oder weniger im Dunkeln und ist daher allerhand ungünstigen Zufällen schutzlos ausgesetzt, von diesen ist der gefährlichste, wenn der Fruchtsack nicht ganz intact ist, sondern eine wenn auch noch so kleine Communicationsöffnung mit dem Peritonealraum besteht. in dem Fall dringen dann Mikroorganismen ein und rufen eine septische Peritonitis hervor. Ein anderer ungünstiger Zufall, der nicht immer zu vermeiden ist, besteht in der Incision der vorliegenden Placenta, es entsteht eine kolossale Blutung, welche nur mit Hülfe der Laparotomie zu stillen ist. So einen Fall hat Zweifel erlebt. Trotzdem ist letzterer der grösste Verfechter der Elytrotomie und empfiehlt sie sehr bei grossen Hämatocelen. Zweifel hat 27 Mal die Elytrotomie gemacht und nur eine Patientin verloren, aber nur 4 Mal fand die Elytrotomie nach einer geborstenen Extrauteringravidität statt, und von diesen 4 Malen ist nur ein günstiger Ausgang zu verzeichnen, ein Mal trat Tod ein und 2 Mal musste die Laparotomie angeschlossen werden. Wenn also Zweifel's Resultate mit der Elytrotomie auch im Allgemeinen günstig sein mögen, so lässt sich dasselbe doch nicht nach geborstener Extrauteringravidität von ihnen sagen.

Als sachverständigsten Gegner der Elytrotomie führe

ich Hermann an, welcher 30 Fälle, die dieser Operation unterworfen worden waren, gesammelt, auch selbst einen so operirt hat und auf Grund derselben die Elytrotomie für ein ganz irrationelles Verfahren erklärt, das allenfalls gestattet werden könnte, wenn man ganz sicher ist, dass die Placenta dicht hinter den Bauchdecken sitzt, also eine Gefahr dieselbe anzuschneiden nicht vorliegt. Küstner gestattet die Elytrotomie nur dann, wenn der extrauterine Fruchtsack den Douglas'schen Raum stark nach abwärts gegen die Scheide vorbuchtet, ebenso Thorn und Fritsch. 29 Fälle, in denen die Elytrotomie gemacht worden war, sind in meiner Arbeit angeführt (112—121, 102, 144, 161, 168, 349, 467, 483 [13 Mal]), 17 Mal trat Genesung ein (112 bis 116, 483 (12 Mal) 6 Mal der Tod (117—121, 483 [1 Mal]) und 5 Mal wurde später die Laparotomie angeschlossen (168, 102, 161, 144, 349). Von diesen 29 Fällen hat Landau allein 13 behandelt, 12 Mal mit Erfolg, 1 Mal mit Tod. Das ist ein sehr gutes Resultat, im Ganzen aber ermuthigt die Statistik nicht zu dieser Operation. Die Technik der Operation ist einfach: Es wird in den in die Vagina vorgebuchteten Theil eingeschnitten, die vaginalen mit den Fruchtsackwänden vernäht, der Foetus extrahirt, die Nabelschnur unterbunden und der Fruchtsack mit Jodoformgaze austamponirt.

Der andere Weg zum Tumor zu gelangen ist von den Bauchdecken aus, also die Laparotomie. Diese Methode spielt jedenfalls die Hauptrolle in der Therapie der ektopischen Gravidität, einmal deshalb, weil sie bei vorgeschrittener Schwangerschaft allgemein anerkannter Weise die einzig mögliche ist, abgesehen von ganz vereinzelten Fällen, bei denen nebenbei noch die Elytrotomie in Frage kommen könnte, und zweitens, weil man die Erfahrung gemacht hat, dass in Bezug auf Verlauf und Ausgang die günstigsten Resultate mit derselben erzielt worden sind. Das beste Bild geben auch hier die Zah-

len, die ich jedoch später im Ueberblick mit den Ergebnissen für die beiden verschiedenen Methoden das Schwangerschaftsproduct bei der Laparotomie zu behandeln in einer Tabelle anführen will, und zuerst noch eine Schilderung dieser beiden Methoden gebe.

Im Anschluss an die Laparotomie kann eine totale, oder blos eine partielle Entfernung des Schwangerschaftsproductes vorgenommen werden, ersterer ist natürlich das radikalere und darum idealere Verfahren, aber nicht alle Gynaekologen stehen wie Veit[1]) und Olshausen[1]) auf dem Standpunkt, dass es immer ausführbar sei, besonders bei den intraligamentär entwickelten Fruchtsäcken treten nach Ansicht Vieler unüberwindliche Schwierigkeiten entgegen.

Die Technik bei der totalen Exstirpation besteht darin, dass nach Ausschälung des Tumors aus den in der Regel bestehenden Adhaesionen das Ligamentum latum abgebunden und dann der Fruchtsack abgetragen wird. Es klingt das sehr einfach, ist es aber oft nicht, da verschiedene erschwerende Umstände in den Weg treten können, besonders ist das der Fall bei den intraligamentär entwickelten Fruchtsäcken. Bei diesen wird man nach Küstner[2]) oft gezwungen zuerst das Peritoneum zu spalten, um die Ausschälung derselben möglich zu machen. Ferner kann die Losschälung eine sehr schwierige sein, es muss dann der Pacquelin zur Hülfe genommen werden, um die festen Adhaesionen zu durchtrennen, oder es kann bei der Losschälung der Sack bersten, und das Operationsfeld mit Blut und Fruchtwasser überschwemmt werden. Letzteres ist kein allzu seltenes Ereigniss, ich finde es 16 Mal in meiner Arbeit erwähnt, aber falls sich der Tumor gleich nachher abbinden lässt, so wird es doch meist gut überstanden. 10 Mal (122, 127, 138, 140, 126, 256, 263, 264, 402 u. Fall IV von Küstner) finde ich einen günstigen,

1) Schröder, Lehrbuch f. Geburtshilfe II. Auflage.
2) l. c. p. 223.

4 Mal einen ungünstigen Ausgang, 2 Mal (397, 447) ist er nicht angegeben, und von den 4 Todesfällen kann man nur höchstens ein Mal die Schuld der während der Operation entstandenen Ruptur zuschreiben, da nur eine Patientin an Verblutung zu Grunde ging (417), die drei andern starben, eine an Sepsis (291), eine an septischer Peritonitis (141) und eine an Ileus (142).

Einige Gynäkologen, so Olshausen und Reed, proponiren noch radikaler vorzugehen und auch gleich die Adnexe der nicht befallenen Seite zu exstirpiren, dabei von dem Gesichtspunkt ausgehend, dass die ursächlichen Krankheiten meist auf beiden Seiten gleich vorliegen und deshalb die Gefahr der Wiederholung nahe liegt. Dagegen wenden sich Werder und Baldy mit der Behauptung, dass die Frau nachher noch normal gebären könne und man nicht berechtigt sei, derselben diese Möglichkeit zu nehmen. Die Verhältnisse liegen, wie nicht nur aus meiner Sammlung hervorgeht, sondern wie auch Puech bei seiner Zusammenstellung von 180 Fällen gefunden hat, so, dass die Wiederholung einer Extrauteringravidität und der Eintritt einer normalen Gravidität nach einer extrauterinen ungefähr gleich fernliegende Möglichkeiten sind; bei Entscheidung der eben erwähnten Frage wäre es daher am nächsten liegend, falls die Adnexe der nicht befallenen Seite keine groben, anatomischen, oder pathologischen Verbildungen darbieten, sich danach zu richten, ob die Frau sehr wünscht Kinder zu haben. Die Gefahren der Operation dürften durch diese kleine Verlängerung derselben, falls die Frau sich nicht schon in einem sehr decripiden Zustande befindet, kaum wachsen.

Fast von allen Gynäkologen wird die partielle Exstirpation als nur in zweiter Linie in Betracht kommend angesehen, es sei denn, dass besondere Umstände vorliegen, welche dieselbe indiciren. Bevor ich auf letztere eingehe, sei erst eine kurze Darstellung der Technik dieser Operation gegeben. Nach Ausführung des Bauchschnittes

wird der Fruchtsack incidirt und der Fötus aus demselben extrahirt, darauf die Fruchtsackwandung mit dem parietalen Blatt des Peritoneums an der Bauchwunde vernäht und letztere möglichst geschlossen, so dass nur ein geringer Raum zurückbleibt zur Ausstossung der Placenta, wenn letztere zurückgelassen wurde. Darauf wird der Sack austamponirt und eine Drainage entweder zur Bauchwunde, oder zur Vagina, oder nach beiden Seiten hin eingeleitet. Anstatt der Tamponade kann auch blos ein einfacher Glasdrain in den Fruchtsack eingeführt werden. Das von Negri ausgeführte Verfahren, nach Extraction der Frucht den Sack, bei Zurücklassung der Placenta, zu vernähen und die Bauchwunde zu schliessen, also überhaupt keine Drainage einzuleiten, wird, trotzdem ihm ein so behandelter Fall glücklich auslief, allgemein verworfen, weil man dann der etwa eintretenden Verjauchung der Placenta und des Sackes machtlos gegenübersteht. Zwischen der Totalexstirpation und der Einnähung der Fruchtsackwand in die Wand der Bauchhöhle, also der Laparokelhyphoektomie und der Laparohyphotomie giebt es insofern Uebergänge, als manchmal ein Theil der Sackwand auch entfernt worden ist und der Rest derselben, wenn er gross war, eingenäht, wenn er klein war, einfach versenkt wurde; diese Fälle habe ich in Folgendem zusammen mit der Einnähung der unversehrten Fruchtsackwand behandelt und deshalb die Bezeichnung partielle Exstirpation des Schwangerschaftsproductes benutzt. Veit und Otto Schmidt empfehlen für die Laparotomie die Beckenhochlagerung, weil dieselbe einen besseren Ueberblick des Operationsfeldes gestattet und den Tumor nach vorne drängt, sie ist auch von andern Operateuren vielfach angewandt worden und bei vielen Fällen angeführt. Ausserdem räth Schmidt einen schrägen Bauchschnitt zu machen, weil dadurch die Entstehung eines Bauchbruches verhindert wird, ich glaube nicht, dass diese Proposition viel Anklang finden wird, da man es dann mit viel dickeren

Bauchdecken zu thun hat und ausserdem die Operation durch den schrägen Schnitt erschwert werden dürfte. Nach der Laparotomie soll nach Kaltenbach's Rath die Abdominalhöhle auf blutende, schon vor der Operation zerrissene Stränge geprüft werden, da sonst offene Gefässe unligirt zurückgelassen werden können.

Zu den besonderen Umständen, die eine partielle Exstirpation indiciren, gehört die Verwachsung des Fruchtsackes mit der Bauchwand; in solchem Falle benutzt man es natürlich, die Laparotomie vollkommen ohne Eröffnung der Peritonealhöhle ausführen zu können. Leider kommt dieses günstige Ereigniss nicht häufig vor, 7 derartige Fälle sind in meiner Sammlung angegeben, von denen 6 mit Genesung (288, 290, 301, 302, 315, 352), einer (353) letal verliefen. Der Vortheil dieser Situation ist klar, da die Gefahr einer Infection hier nur ganz minim sein kann. Die zweite Indikation zur partiellen Exstirpation ist die Vereiterung der Frucht, weil eine bei Losschälung der Geschwulst etwa eintretende Ruptur derselben hier ein recht schlimmes Ereigniss wäre, insofern ein septischer Inhalt in der Bauchhöhle sich ergiessen würde. In diesem Fall ist auch die sogenannte zweizeitige Operation empfohlen worden, zuerst Vernähung des Fruchtsackes mit der Bauchwand und erst nach Verwachsung derselben Incision des ersteren. Pinard und Schwarz sprechen für diese Operation. Sie macht aber doch nicht selten solche Schwierigkeiten, dass man mit der Einnähung sich zufrieden geben muss.

Nach Schilderung der Technik beider Methoden kommt es darauf an, eine Kritik derselben zu üben in Bezug auf die Aussichten, die man bei Anwendung der einen, oder andern auf Verlauf und Ausgang hat und ob eine von beiden in allen Fällen zu bevorzugen ist oder nicht. Um das genau beurtheilen zu können, ist es erforderlich, die verschiedenen Zeitpunkte und Umstände, in denen die ektopische Gravidität zur Behandlung kommen kann, einzeln durchzugehen; der Ueber-

sichtlichkeit und Klarheit wegen, erscheint es mir aber wünschenswerth zuerst ein allgemeines Bild zu haben. Zu dem Zweck sind Zahlen, die sich aus grösseren Statistiken ergeben, ein wichtiges Hülfsmittel, natürlich nur bei vorsichtiger Beurtheilung derselben. Was zuerst den Ausgang betrifft, so habe ich zur grösseren Uebersichtlichkeit die von mir berechneten Zahlen in nachstehender Tabelle zusammengestellt.

	Laparotomie.					Totale Exstirpation des Schwangerschaftsproduktes.					Partielle Exstirpation des Schwangerschaftsproduktes.				
	Genesung.		Tod.		Gesammtanzahl der Fälle.	Genesung.		Tod.		Gesammtanzahl der Fälle.	Genesung.		Tod.		Gesammtanzahl der Fälle.
	Anzahl d. Fälle.	Procentsatz.	Anzahl d. Fälle.	Procentsatz.		Anzahl d. Fälle.	Procentsatz.	Anzahl d. Fälle.	Procentsatz.		Anzahl d. Fälle.	Procentsatz.	Anzahl d. Fälle.	Procentsatz.	
Im Ganzen	338	83,5%	67	16,5%	436	144	87,8%	20	12,2%	165	89	79,5%	23	20,5%	117
In d. 4 ersten Schwangerschaftsmonaten	108	83,7%	21	16,3%	148	68	83,0%	14	17,0%	90	14	77,8%	4	22,2%	19
In d. 5 letzten Schwangerschaftsmonaten	102	81,3%	25	19,7%	139	45	91,8%	4	8,2%	51	54	75,0%	18	25,0%	74
Vor Ruptur	110	82,7%	23	17,3%	147	61	92,4%	5	7,6%	72	45	73,5%	16	26,5%	63
Nach Ruptur	140	82,4%	30	17,6%	180	76	84,5%	14	15,5%	95	18	78,1%	5	21,9%	26

Aus dieser Tabelle geht deutlich hervor, wie gross im Allgemeinen bei der Laparotomie die Erwartungen eines Erfolges sein können, wie viel günstigere Aussichten die totale Exstirpation bietet, als die partielle, und noch manche Einzelheiten wird der Leser aus ihr schliessen können, aber gerade in letzteren muss ich vor zu raschen Schlüssen warnen. Wenn ich, widersprechend den herrschenden Ansichten, finde, dass bei partieller Exstirpapation der Procentsatz vor Ruptur ein ungünstigerer ist, als nach Ruptur, oder bei der totalen in den 4 ersten Monaten ungünstiger, als in den 5 letzten, so möchte ich an diese Zahlen keine Behauptungen anschliessen. Es liegt das zum Theil an zu kleinen Zahlen, bei welchen ja durch einen hinzukommenden Fall sich der Procentsatz gleich bedeutend ändert, zum Theil wohl daran, dass die Rubriken nicht eng genug gefasst sind, so z. B. sind vielleicht bei partieller Exstirpation mehr Fälle in der zweiten Hälfte der Schwangerschaft vor Ruptur als nach Ruptur zur Behandlung gekommen, oder bei totaler Exstirpation mehr Fälle nach Ruptur in den 4 ersten, als in den 5 letzten Monaten der Gravidität. Ausserdem können auch besonders ungünstige Verhältnisse hier oder da vorgelegen haben.

Leider existiren fast garkeine grossen Statistiken, mit denen ich meine Zahlen vergleichen könnte, die einzige, die mir bekannt ist, die von Schauta giebt 23,4 % Mortalität nach operativer Behandlung an, aus den Fenger'schen für die in den Jahren 88 und 89 veröffentlichten Laparotomieen angegebenen Zahlen lässt sich ein Procentsatz von 16,3 % Mortalität berechnen, es handelte sich hier um 116 Fälle.

Jedenfalls geht aus diesen und meinen Resultaten hervor, dass ein Vergleich in Bezug auf Erfolg mit den andern Heilmethoden der ektopischen Gravidität, geschweige denn mit dem spontanen Verlauf derselben zu Gunsten der Laparotomie ausfallen würde, besonders wenn man berücksichtigt, dass in so und so viel Fällen die

Laparotomie unter äusserst ungünstigen Verhältnissen vorgenommen werden musste, während die andern Methoden Punktion, Morphiuminjection, Elektricität immer unter viel günstigeren Umständen in Anwendung kommen. Es ist daher interessant und auch praktisch wichtig zu untersuchen, was denn eigentlich in den Fällen, wo nach Laparotomie ein ungünstiger Ausgang eintrat, die Todesursache zu sein pflegte und wie oft die Laparotomie von dieser Schuld freigesprochen werden darf, dabei finden wir folgendes: 5 Mal trat der Tod nach Laparotomie in Folge von Peritonitis, 17 Mal nach septischer Peritonitis oder Sepsis, 20 Mal nach Anämie, Verblutung und Collaps, 1 Mal nach Nephritis 1 Monat nach der Laparotomie, 1 Mal an Marasmus, 1 Mal an Shok, 2 Mal an Ileus, 1 Mal an lobulärer Pneunomie und eitriger Porotitis ein. Diese Krankheiten weisen darauf hin, was man bei der Laparotomie zu vermeiden hat, und wo die Schwächen derselben liegen. Da steht obenan die Blutung, welche zu vermeiden und zu beherrschen immer noch grosse Schwierigkeiten macht und die zum grossen Theil die Verschiedenheiten der unten zu erörternden Ansichten bewirkt hat. Eine zweite Schwäche ist vielfach noch die Sepsis, die durch gewissenhafte und peinliche Desinfection möglichst vermieden werden soll, jedoch wage ich nicht im einzelnen Falle irgend einen Vorwurf zu machen. Die Peritonitis hat schliesslich dieselbe Ursache, auch hier handelt es sich ja um Infectionskeime, die in die Abdominalhöhle gelangt sind. Um Ileus zu vermeiden, heisst es hauptsächlich die Därme möglichst wenig zu tangiren, aber gewiss kann durch Bildung von peritonitischen Strängen nach der Operation, an denen der Operateur keine Schuld trägt, das ungünstige Ereigniss einer Darmobstruction später eintreten. Was die Frage betrifft, ob in allen diesen Fällen die Laparotomie die Schuld trug, so muss ich, ohne dabei zu behaupten, dass sonst die Laparotomie die Ursache war, ja höchst wahrscheinlich wären jene Fälle ohne dieselbe

auch zu Grunde gegangen, doch folgende 4 ausnehmen: 1 Mal wo Sepsis schon vor der Operation bestanden hatte (471), ferner die Fälle mit Nephritis (466) und Marasmus (89) und den Küstner'schen Fall VII, in welchem Complicationen eintraten, die in keinem Zusammenhang mit der Laparotomie standen

In Bezug auf den Verlauf nach der Laparotomie will ich mich kürzer fassen. Derselbe bietet bei der Laparotomie im Allgemeinen kein ganz so erfreuliches Resultat, wie wir es eben für den Ausgang gesehen haben, ein Factum, das leicht verständlich wird, wenn man bedenkt, dass bei partieller Exstirpation nur selten der Verlauf ein glatter sein kann; ich finde folgende Zahlen: 133 Mal war der Verlauf glatt, 41 Mal langsam, oder mit Complicationen, also in 76% glatt in 24% langsam, oder mit Complicationen. Dagegen ergiebt sich ein bedeutender Unterschied beim Vergleich der beiden Operationsmethoden in Bezug auf ihren Verlauf. Bei der totalen Exstirpation finde ich unter 95 geheilten Fällen, bei denen der Verlauf angegeben ist 83 Mal einen glatten, 12 Mal einen langsamen, oder durch Complicationen verzögerten Verlauf, d. h. also letzteres nur in 12,6%. Bei der partiellen Exstirpation dagegen ist der Verlauf unter 53 Fällen nur 30 Mal als glatt angegeben und 23 Mal mit Complicationen, also in 44,0% ein verzögerter.

Es wird auch durch diese Resultate sowohl im Hinblick auf Ausgang als Verlauf verständlich, warum die meisten Gynäkologen Veit, Olshausen, Werth, Frommel, Breisky etc. die totale Exstirpation als die beste Operationsmethode in allen Fällen, ausgenommen bei Vereiterung des Fruchtsackes und Verwachsung desselben mit der Bauchwand, ansehen und die partielle nur für den Nothfall in Betracht ziehen.

Sehr viele Einzelheiten in Bezug auf die Anwendung und Ausführung der beiden beschriebenen Operationsmethoden ergeben sich bei Betrachtung der ver-

schiedenen Zeitpunkte und Umstände, in denen eine ektopische Gravidität zur Behandlung kommen kann.

In den ersten Monaten der Gravidität wird, wenn keine Ruptur vorliegt, gleichgültig ob die Frucht lebt oder nicht, die totale Exstirpation in der oben geschilderten Weise am Platze sein; darin sind die Gynäkologen, abgesehen natürlich von denen, welche überhaupt gegen die Laparotomie in den ersten Monaten auftreten, alle einig. Leider aber kommen derartige Fälle selten vor. Die Patientinnen wenden sich nicht oft so früh an den Arzt, weil sie sich blos für gravid halten, häufig mag auch in so früher Zeit die Diagnose nicht richtig gestellt werden, daher sind die Zahlen, die sich auf diese Fälle beziehen, auch nur klein und deshalb die Schlüsse aus ihnen nicht sehr zuverlässig. Immerhin ist es nicht blos Theorie, dass diese in der ersten Zeit der Gravidität und noch nicht geborstenen Fälle die günstigste Prognose geben, sondern es hat sich auch in der Praxis bewährt. Veit hat z. B. nach Angabe Olshausens[1]) 11 solche Fälle operirt, alle mit glücklichem Ausgang, von den Küstner'schen gehören hierher Fall I, II, III, IV. In Fall IV handelte es sich dabei um einen lebenden Foetus und die Operation war also wegen der grösseren Gefahr einer bevorstehenden Ruptur noch besonders indicirt in den drei anderen Fällen war die Frucht todt, in Fall I und II sogar schon Monate und daher eine geringere Gefahr vorhanden. In allen vier wurde die totale Exstirpation des Fruchtsackes ausgeführt und in allen trat ein glücklicher Ausgang ein. Wenn ich aus den von mir gesammelten Fällen die Anschauung, dass bei der Laparotomie überhaupt in den 4 ersten Monaten vor Ruptur die Prognose die beste sei, nicht bestätigen kann, ich finde unter 37 Fällen 30 Heilungen und 7 Todesfälle, so muss ich die partielle Exstirpation verantwortlich machen, da nach Abzug derselben 25 Heilungen auf 3

1) Deutsche med. Wochenschr. 90 p. 145.

Todesfälle kommen, also ein sehr gutes Resultat sich ergiebt.

Schon weniger übereinstimmend finden wir die Meinungen in Bezug auf die Therapie bei Schwangerschaft in früher Zeit nach eingetretener Ruptur. Ob die Frucht lebt oder nicht, kommt auch hier nicht in Betracht, da die Placenta noch keine Rolle spielt, aber es handelt sich um 2 verschiedene Möglichkeiten, nach denen viele Gynäkologen auch verschiedene therapeutische Maassnahmen ergreifen wollen. Es kann nach der Ruptur entweder eine Hämatocele sich bilden, oder eine Blutung in die freie Bauchhöhle stattfinden. Den ersteren Fall halten die meisten Gynäkologen, die sonst sich ganz für die Laparotomie aussprechen, für den einzigen, bei welchem abgewartet werden soll, weil meist eine spontane Resorption und Genesung eintritt, so Olshausen[1]) und Veit[1]) und auch Fritsch, Wyder, Frank, Carsten und Küstner schliessen sich ersteren an. Zweifel empfiehlt, wie oben erwähnt, bei grossen Hämatocelen die Elytrotomie. Fritsch will sie auch anwenden, aber nur wenn die Resorption zu langsam vor sich geht, sonst ist auch er für abwartende Behandlung und nur wenige Autoren Fraenkel, Reed wollen auch hier die Laparotomie machen, indem sie die Gefahren, die beim Zurückbleiben des Schwangerschaftsproduktes bestehen und die Möglichkeit, dass die Hämatocele platzt, betonen. Anders liegen die Verhältnisse, wenn die sogenannten Nachschübe bei gebildeter Hämatocele auftreten, d. h. die Zeichen einer inneren Blutung plötzlich erscheinen und nach Vergrösserung des Tumors wieder verschwinden; es handelt sich hier um Ruptur einer zartwandigen Hämatocele, wo der Bluterguss jedoch gleich wieder einen Abschluss fand. In solchen Fällen räth Fritsch nicht abzuwarten, sondern sofort operativ einzugreifen. In meiner Arbeit finden sich auch mehrere

1) Schroeder's Lehrb. d. Gebh. 11. Aufl.

(152, 366, 398, 403). In allen wurde die Laparotomie mit günstigem Erfolge ausgeführt.

Als Antwort auf die Frage, was zu thun sei wo es sich um innere Blutungen nach Ruptur in früher Graviditätsperiode handelt gewinnt jetzt die Anschauung immer mehr überhand, dass auch in diesen Fällen die Laparotomie indicirt sei, und in der That kommt ein sponton günstiger Ausgang bei innerer Blutung so selten vor, ich habe wie erwähnt nur 3 solche Fälle neben 29 ungünstig abgelaufenen gefunden, dass es fast heisst die Kranke dem Tode preisgeben, wenn man nicht zur Operation schreitet, denn Eis und Opium helfen in solchen Fällen erfahrungsgemäss nichts, und verdienen blos so lange bis man die nöthigen Vorbereitungen zur Laparotomie gemacht hat Anwendung zu finden. Ausserdem ist die Prognose bei der Operation, wenn auch nicht so günstig wie vor Ruptur, so doch immerhin noch ganz gut, wie sich auch bei der Zusammenstellung der in meiner Arbeit angeführten Fälle dieser Art herausstellt, ich zähle unter 37 solchen Fällen 32 glückliche und blos 5 unglückliche Ausgänge. Tait war der erste, in Deutschland Frommel, der in solchen Fällen die Laparotomie mit Exstirpation des Fruchtsackes ausgeführt hat. Beim Operiren von Fällen dieser Art tritt die Frage an einen heran, ob das in die Bauchhöhle ergossene Blut in derselben gelassen werden soll, oder nicht. Den durch starken Blutverlust geschwächten Patientinnen meinten einige Operateure durch Zurücklassung des Blutes in der Bauchhöhle damit ein Kräftigungsmittel zu geben und Veit, Olshausen, Bernays haben auch mit glücklichem Erfolge es ausgeführt, wie die Fälle 413, 234, 277 beweisen, auch Frommel hat 2 Mal Heilung ohne Entleerung des Blutes erlebt. Dem entgegen betonen Zweifel und Sänger die Gefahren der Injection, denen man die Patientin hierdurch aussetzt, indem das todte Blut ein sehr geeigneter Nährboden für die Mikroorganismen ist und rathen lieber

durch Infusion von Kochsalzlösung die Blutarmuth zu heben. Die letztere Anschauung dürfte als die jetzt herrschende bezeichnet werden, dabei aber sollte der Rath von Fritsch Berücksichtigung finden, dass durch zu peinliches Auswischen erst recht Zerreissungen und Blutungen hervorgerufen werden können. Auch zur Vermeidung von Incarcerationen und Ileus erscheint der Fritsche Rath beherzigenswerth.

Wenn die ektopische Gravidität in vorgerückter Zeit erst zur Behandlung kommt, so sind die Gynäkologen darin einer Ansicht, dass die Laparotomie gemacht werden muss, auf Lithopaedionbildung rechnet jetzt wie das Wyder betont keiner mehr, aber die Frage, zu welcher Zeit operirt werden soll wird um so schwieriger, weil nicht blos die Ruptur des Fruchtsackes, sondern auch das Leben, oder der Tod des Fötus berücksichtigt werden muss, da die Placenta schon so blutreich ist, dass sie einen Factor bei der Beurtheilung bildet. Ausserdem werden hier wieder Stimmen, welche eine Rücksichtnahme auf Erhaltung des kindlichen Lebens verlangen laut, so Schröder, Smolsky und Rein; letzterer betont noch, dass die Difformitäten des Fötus, die öfters bei Extranteringravidität beobachtet wurden, erst in der letzten Zeit derselben entständen und man daher eine Frühgeburt circa in der 35.—36. Woche einleiten solle.

Die meisten Gynaekologen sind aber der Ansicht, dass auch zu dieser Zeit an eine Erhaltung des Kindes nicht gedacht werden soll, und in der That wäre der einzige Fall der in dieser Beziehung noch in Frage käme, eine secundäre Abdominalgravidität mit Haematocelenbildung, ein Fall der ausserordentlich selten sich ereignen wird, da, wenn Ruptur bei vorgerückter Gravidität stattfindet, meist sich eine innere Blutung in die freie Bauchhöhle anschliesst.

Gehen wir auch hier systematisch vor, so handelt es sich zuerst um die Frage, wie man sich vor Ruptur des Fruchtsackes bei Schwangerschaft in den späteren

Monaten verhalten soll. Zur Entscheidung dieser Frage muss man zwischen lebender und todter Frucht unterscheiden. Lebt das Kind, so liegt für die Mutter die Gefahr der Berstung des Fruchtsackes und damit des Verblutungstodes überaus nahe und wenn auch bei todter Frucht die Diagnose eine günstigere sein mag, so ist das Abwarten bis etwa der Tod des Kindes eintritt, doch so gefährlich, dass von den meisten Autoren empfohlen wird die Laparotomie und zwar die Totalexstirpation sofort auszuführen. Ich will hier gleich bemerken, dass die Totalexstirpation überhaupt für alle, bei vorgerückter Gravidität vorkommenden Situationen den meisten Operateuren als das Ideal gilt. Die Ansicht, dass eine Einnähung des Fruchtsackes in die Bauchwunde rathsamer sei, finde ich von Fritsch ausgesprochen, indem derselbe die Gefahren betont, die bei der Ausschälung des Tumors durch die Ruptur desselben drohen und die Einnähung des Fruchtsackes für prognostisch günstiger hält, auch Thorn steht auf diesem Standpunkt. Ich kann dieser Anschauung auf Grund meiner statistischen Daten nicht beistimmen und glaube, dass Fritsch die Schwierigkeiten, die sich, wenn man nach seinem Rath handelt bei Behandlung der Placenta entgegenstellen, zu gering taxirt. Letztere ist um diese Zeit blutreich und eine einfache Ablösung wegen der starken Blutung sogar nach Unterbindung der Spermatica interna und Uterina nicht möglich und auch deshalb nach Fritsch nicht rathsam, weil man dabei leicht eine Zerreissung des Fruchtsackes bewirken kann. Er räth daher sie einfach zurückzulassen und das dürfte auch nach den Anschauungen anderer Gynäkologen bei Einnähung des Sackes das rationellste Verfahren sein, aber es bleibt dann eben ein Körper zurück, der der Verjauchung und Vereiterung ausgesetzt ist und damit liegt die Gefahr der septischen Infection immer vor. Die Versuche, die Placenta nach kurzer Zeit gewaltsam zu entfernen, sind vielfach missglückt, Fall 366 ist auch ein Beispiel dafür. Die

Blutung war immer noch sehr stark; wenn man sie daher lieber, der spontanen Ablösung überlässt, so ist es rathsam sie mit einem desinficirenden Pulver zu überschichten, wozu Werth ein Gemisch von Salicylsäure und Tannin empfiehlt. Bisher waren allerdings die Erfolge nach Laparotomie bei lebendem Kinde in vorgerückter Gravidität, also bei primärer Laparotomie sehr traurige, so giebt z. B. Harris [1]) an das von 27 mit lebendem Kinde laparotomirten Frauen 25 starben und 13 Kinder in den ersten 50 Stunden, ausserdem waren 2 Kinder nicht lebensfähig. Litzmann und Werth stellten 18 solche Fälle zusammen, von denen nur 2 Mütter am Leben erhalten blieben. Gusserow fand schon bessere Resultate, nämlich von 31 Patientinnen wurden 12 gerettet. Lawson Tait giebt von 11 Fällen 4 Todesfälle der Mütter an. Ich finde 17 derartige Fälle in meiner Arbeit von denen nur 2 zu Grunde gingen. Wenn auch dieses letztere Verhältniss ein zu günstiges im Allgemeinen sein mag, so geht doch daraus hervor, dass nicht allzu selten Heilungen vorkommen, während, wenn man abwartet, und die Ruptur dann mit nachfolgender Blutung in die freie Bauchhöhle eintritt, die Aussichten auf Genesung ungünstigere werden, da die Frauen dann meist schon moribund zur Operation kommen, weil die innere Blutung wegen der jetzt grossen und lebenden Gefässe in der Placenta eine stärkere und deshalb natürlich rascher zum Collaps führende ist. Ich finde bei Laparotomie und lebendem Kinde nach innerer Blutung in vorgerückter Schwangerschaft unter 3 Fällen in meiner Arbeit 2 Mal Genesung (359, 241) 1 Mal (368) Tod.

Ist der Foetus todt, so herrschte bis vor kurzem noch allgemein die Meinung, dass man abwarten solle, weil die Placenta allmählich obliterire und sie sich dann ohne, oder mit nur geringer Blutung lösen liesse. Diese

1) Amer. journ. of obst Nov. 1887 p. 1154.

Ansicht war von Litzmann aufgebracht worden und hatte allgemeinen Anklang gefunden. Letzterer und Werth hatten die Operationen bei todter Frucht in vorgerückter Zeit nach den Monaten, die seit dem Tode der Frucht bis zur Laparotomie verflossen waren zusammen gestellt und kamen zum Resultat, dass die meisten Todesfälle da vorkommen, wo die Frucht erst vor einem Monat abgestorben war. Erst 1890 spricht Olshausen einen Zweifel aus, ob man immer bei der eben erwähnten Ansicht bleiben würde und hebt die Gefahren dieses exspectativen Verhaltens hervor, welche hauptsächlich in Ruptur mit Verblutung und in Verjauchung des Fruchtsackes bestehen. Jetzt ist man in der Ausübung der Laparotomie so weit vorgeschritten, dass von vielen diese Gefahren für gross genug gehalten werden um dieselbe gleich auszuführen, gerade Olshausen und Veit sprechen sich in Schröders Lehrbuch dahin aus, ebenso auch Wyder, Fritsch und Thorn, um so mehr, da man garnicht sicher weiss, wann der Zeitpunkt da ist, wo keine bedrohlichen Blutungen mehr bei der Lösung der Placenta zu befürchten sind, man findet darüber ganz verschiedene Angaben, Litzmann will erst 5—6 Monate nach dem Fruchttod operiren, Werth 10—12 Wochen, Fehling erst so spät wie möglich.

Der Küstner'sche Fall V gehört hierher, da, wenn auch von einem Foetus nichts zu finden war, doch die Placenta 65 Grm. wog und die Frau sich jedenfalls im 5. Schwangerschaftsmonat befand. Es wurde die Fruchtsackwand mit der Bauchwand vernäht, weil das grosse Netz mit ersterem verwachsen war und einen Abschluss gegen die Peritonealhöhle bildete, die Verhältnisse also so lagen wie bei Verwachsung der Fruchtsackwand mit der Bauchwand.

Ist die Ruptur in vorgeschrittener Schwangerschaft eingetreten so kann wiederum eine Haematocele, oder eine innere Blutung eintreten. In letzterem Fall ist

jedes weitere Bedenken überflüssig, die Laparotomie muss sofort gemacht werden, weil eine Blutstillung spontan bei so grossen Gefässen nicht denkbar ist und auch noch in sehr verzweifelten Fällen Heilung erzielt worden ist, sogar an Moribunden, wofür z. B. Fall 413 ein Beispiel giebt. Ueberhaupt möchte ich für den von Hollstein[1]) ausgesprochenen Satz eintreten, dass man keine Patientin dieser Art ohne Laparotomie sterben lassen sollte, da man nie sicher vorher wissen kann, wie der Ausgang sein wird.

Bildet sich eine Haemätocele, was, wie erwähnt nur selten vorkommen wird, so thut man um der Mutter willen auch hier gut die Laparotomie zu machen, da auch die Haematocele noch bersten kann, besonders aber wenn die Verhältnisse so liegen wie im VI. Küstner'schen Fall, wo sich der Riss im Fruchtsack gleich geschlossen hatte, die Gefahr einer neuen Berstung also sehr nahe lag. Ist die Frucht todt, so hätten auch hier früher alle Gynäkologen abgewartet und viele würden es jetzt noch thun, auch Küstner hat im Fall VI so gehandelt. Dieser Fall unterscheidet sich aber dadurch, dass der Foetus seit fast einem Jahr schon todt war und die Ruptur schon vor einem Jahr und 2 Monaten stattgefunden hatte, ausserdem die extrauterine Frucht der Trägerin derselben keine Beschwerden machte, folglich man Hoffnung auf Lithopaedionbildung haben konnte. Wenn nun auch die Lithopaedionbildung kein sehr erstrebenswerthes Ziel ist, insofern nachher doch noch eine Vereiterung der Frucht eintreten kann, so ist immerhin die Laparotomie beim Lithopaedion eine bedeutend ungefährlichere, da keine Blutung zu befürchten ist. In meiner Arbeit kommen 42 Fälle vor, in denen die Laparotomie bei vorgerückter Gravidität und todtem Kinde gemacht wurde, sei es, dass Ruptur gewesen,

1) Deutsche med. Wochenschr. 88 p. 795.

oder nicht gewesen war, 25 davon genasen, 4 endigten letal, bei 3 war der Ausgang nicht angegeben.

Kurz zusammengefasst würde sich die jetzt herrschende Meinung in der Therapie in folgender Weise praecisiren lassen: Bei ektopischer Gravidität ist zu allen Zeiten und unter allen Umständen, je früher um so besser die Laparotomie und wo möglich die Totalexstirpation zu machen. Die einzige Ausnahme bildet die Haematocele in früher Zeit, bei welcher exspectative Behandlung, oder Elytrotomie auch zum gewünschten Ziele führen können.

Zum Schluss sollen noch einige Worte zur Therapie bei Durchbrüchen gesagt sein. Findet derselbe durch Rectum, Bauchwände oder Vagina statt, so wird der Austritt der Knochen manuell, oder mit der Kornzange befördert und im Uebrigen eine desinficirende Behandlung eingeleitet. Gehen aber die Fruchtreste durch die Harnröhre ab, so sind schon Laparotomie, Colpotomie, Cystotomie, Colpocystotomie, Incision und Dilatation der Harnröhre ausgeführt worden. Zur Beurtheilung der hier zu wählenden Therapie führe ich Winckel[1]) an, welcher 17 Fälle mit Durchbruch in die Blase gesammelt hat, welche zum Theil exspectativ, zum Theil mit einer der oben angeführten Operationen behandelt waren. Auf Grund dieser und eines selbst erlebten Falles hält Winckel die Dilatation der Harnröhre für das beste Verfahren, welchem, falls es sich um grössere durchtretende Knochen handelt noch die Colpocystotomie hinzugefügt werden kann, dagegen spricht er sich gegen die Cystotomie aus. Ob die Therapie der ektopischen Gravidität jenes ideale Ziel erreichen wird neben der Mutter auch das Kind in den meisten Fällen zu retten, lässt sich natürlich nicht voraussehen, aber nach unsern jetzigen Kenntnissen muss uns dieses Ziel unerreichbar erscheinen.

1) Deutsche med. Wochenschr. 90. p. 1024.

In Bezug auf die Prognose habe ich nichts mehr hinzuzufügen. Dieselbe ist natürlich total verschieden bei spontanem Verlauf und bei Anwendung einer rationellen Therapie und ergiebt sich aus den Zahlen und Betrachtungen, die ich an jenen beiden Orten angeführt habe und auf die ich hier verweise.

Berichtigungen:

Fall 238 nicht von Ellenmeyer, sondern von L. Meyer publicirt.
In Fall 238 Abgang der Decidua erst nach Sondirung.

Autorenverzeichnis.

Abel 9. 62. 71.
Andry 316.
Antoriello 15.
Artemjew 337.
Axtel 43.
Baldy 255. 442.
Banga 257. 383.
Bantock 429.
Barsony 19. 51. 54. 117. 307. 344.
Bergstrand 59.
Bernays 155. 156. 277.
Bidder 152. 204.
Boisleux 411.
Bokelmann 364.
Boldt 282. 422. 485.
Braun 6. 209. 320. 380. 428.
Braun-Fernwald 353. 360.
Breisky 211. 480.
Bröse 146. 201. 369.
Brothers 106.
Brühl 382.
Campell 26.
Carsten 132. 139. 202. 264. 408. 438.
Chaudelux 318.
Chiari 47. 48.
Chroback 39. 477.
Clemenz 81.
Coe 92. 240.
Cohn 78.
Cullingworth 333.
Curier 45.
Czempin 130. 300. 305.
Desguin 297. 298.
Dobbert 75. 80. 190. 301. 302. 378.
Doleris 232.
Dombrowski 303.
Duchamp 191.
Dührrssen 379.
Dürr 63.
Eastmann 215.
Eberhardt 396.
Ehm 375.
Emmet (Bache) 110.
Engländer 208.
Engström 5. 66.
Fales 23.
Fantino 124. 223. 299. 361.
Fasola 46. 103. 484.
Ferguson 195.
Flaischlen 256.
Flothmann 381. 389.
Förster 476.
Fraipont 372. 373.
Fränkel 7. 8. 53.
Fratkin 13. 180. 267.
Freund 473.
Fritsch 138. 164. 181. 182. 265. 276. 280. 289. 290. 331. 391. 392. 394. 410.
Frommel 247. 327. 354. 390.
Gooding 20.
Gordon 421.
Gossmann 97.
Gramm 330.
Grandin. 38.
Gross 97.
Grün 37.
Gunsser 61.
Gusserow 466.
Hahn 166.
Hamilton 86. 178. 179. 323. 370. 424.
Hammer 89.
Hanks 425.
Harrison 104. 108 109.
Hart 415. 456.
Hawley 147.
Hay 36.
Heibry 57.
Hennig 35. 258.
Hermann 279. 386. 407. 426.
Herz 205.
Herzfeld 141. 189. 193. 227. 262. 284. 310. 315. 402.
Himmelfarb 67.
Hochstetter 363.
Hofmann 470.
Hollstein 266.
Hünermann 133. 206. 400. 401. 405. 406. 409. 412. 420
Hunter 281.

Jaggard 454. 458.
Jahoda 122.
Jerzykowsky 17.
Jewett 463.
Inauye 87.
Jordan 70.
Jordein 64.
Joske 294.
Iversen 293. 295.
Iwanow 30. 91. 328. 329. 341. 342.
Kadjan 218.
Kalabin 105.
Kaltenbach 200.
Klein 55.
Kletsch 486.
Koteljanski 123. 231.
Krassorofski 468.
Kümmel 385.
Küstner I. II. III. IV. V. VI. VII.
Landau 263. 483.
Landau u. Rheinstein 460.
Lean 356.
Lebedew 84. 174. 229. 336. 340.
Lehmann 186.
Leith-Napier 324.
Leslie-Dewees 14.
Lewy 145.
Lihotzki 478.
Littauer 60.
Lomer 100.
Lott 464.
Lwow 40.
Mackenrodt 395. 447.
Mann 457.
Marchand 321.
Martin 28. 393. 399.
Massen 143.
Matecki 74.
Matlakowski 220. 274. 345. 347.
Mc Murtry 157.
Meinert 153. 269. 387.
Mendes de Leon u. Catharine v. Fussenbrock 445.
Mersch 18. 25.
Meyer 85. 238. 244.
Michelson 453.
Morisani 16.
Morison 287. 306.
Münchmeyer 308.
Mundé 90. 444.
Muratow 339.
Naught 163.
Nedorodow 107.
Negri 358.
Nikolaysen 58.
Odenthal 222.
Oidtmann 49.
Olenin 450.
Olshausen 22. 72. 73. 210. 212. 226. 234. 250. 325. 326. 362.
Onufriew 225.
Oppel 32.
Ortega 4.
Orthmann 129. 131. 134. 135. 142. 149. 167. 168. 194. 198.
Ott 79. 136. 169. 217. 430. 431. 432. 437. 449.
Parkes 31. 439.
Parwin 254.
Pestalozza 446.
Petit 461.
Pichevin 482.
Pinard 112. 313. 314. 376. 377. 467.
Polaillon 192.
Posnanski 101.
Pratt 343.
Recklinghausen 451.
Reclus 443.
Rein 27. 128. 162. 237. 241. 245. 273. 346. 448.
Renteln 171.
Richardson 243. 270
Riedinger 319.
Robb 188.
Robinson 42.
Rochet 114. 359.
Rosthorn 231. 249.
Rowan 260. 332
Russel 416.
Ryau 388.
Sacré 371.
Saenger 137. 230. 296. 472.
Salin 165. 291.
Schauta 251. 471.
Schmorl 462.
Schneider 95. 125. 185. 309. 384.
Schotte 24.
Schramm 465.
Schrenck 170.
Schwartz 41. 268.
Schustler 312.
Sinclair 77. 172.
Sippel 68. 351. 417. 479.
Sklifossowski 228.
Skutsch 34.
Slawianski 216.
Smith 52.
Smirnow 88.
Smolsky 56.
Söderbaum 1. 367.

Solowjew 116. 176. 366.
Sotschawa 455.
Späth 140. 183. 184. 368.
Sternberg 12.
Stoker 197. 414.
Stoll 44.
Stratz 475.
Strauch 224. 242. 246. 278.
Strawinski 82. 83.
Strobach 150. 286.
Sutugin 118. 120. 292. 350. 419.
Szumann 94. 113. 259.
Taft 374.
Tait 158. 173. 236.
Tarnier 33.
Terillon 253. 352.
Teuffel 96.
Theilhaber 261.
Thesen 317.
Tipjakow 151.
Tishcko 177.
Torggler 11. 50. 93.
Treub 357. 365.
Treymannn 121. 288. 355.
Truzzi 334.
Tuffier 434.
Tuppert 29.
Tuttle 111. 148. 272. 397. 436. 474.
Waitz 404.
Walker 348. 440.
Warneck 235. 481.
Watten 175.
Wegener 398.
Weiss 76.
Werder 275.
Werzinski 10.
Wiborgh 154.
Wiedemann 199.
Wiedow 214.
Winckel 21. 92. 99. 469.
Winter 207.
Worrel 418.
Wyder 2. 3. 203. 219. 239. 248. 252. 285.
Wylie 271. 435.
Veit 283. 403. 413. 427. 433. 452. 459.
Voigt 335.
Zajaitski 213. 233.
Zucker 196.
Zweifel 69. 102. 115. 119. 126. 127. 144. 159. 160. 161. 304. 311. 322. 338. 349. 423.

Thesen.

1. Die in den ersten Schwangerschaftsmonaten entstandene Hämatocele ist der einzige Fall, in welchem die Laparotomie bei ektopischer Gravidität nicht sofort indicirt ist.
2. Eine Allgemeinbehandlung der Syphilis sollte nicht vor dem Auftreten von Secundärerscheinungen eingeleitet werden.
3. Der Psychiatrie sollte beim Studium der Medicin mehr Berücksichtigung zu Theil werden.
4. Das Ammenwesen ist möglichst einzuschränken.
5. Die Prophylaxe von Krankheiten ist die Hauptaufgabe des Hausarztes.
6. Jede akute Gonnorrhoe muss von vornherein mit Injektionen behandelt werden.